

Intervenção Psicomotora com Adultos com Perturbação Mental em Unidades Sócio Ocupacionais

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Maria Celeste Simões

Doutora Inês Nobre Martins Camacho

Sara Raquel Pinheiro

2017

Agradecimentos

Uma jornada repleta de experiências não se faz sozinha. Existem pessoas que nos ajudam a chegar até ao fim, merecendo reconhecimento. É por isso que agradeço a quem fez parte desta minha jornada...um “obrigada”:

Aos clientes, que participaram nas atividades, demonstraram carinho e confiança e me deixaram fazer parte das suas vidas de alguma forma;

Aos meus orientadores locais, Mafalda Príncipe e Nelson Amaral, que disponibilizaram o seu tempo para me ajudar no que fosse possível e partilharam conhecimentos e experiências que levarei para toda a minha vida profissional;

À Professora Doutora Celeste Simões, que mesmo longe esteve sempre perto, entre emails enviados e recebidos, permitindo que o presente relatório fosse desenvolvido com orgulho;

Aos técnicos da ARIA com quem partilhei bons momentos e experiências e me mostraram o que é fazer parte de uma equipa;

A quem fez parte da minha vida académica na Faculdade de Motricidade Humana, amigos, colegas e professores;

Aos meus melhores amigos, que estiveram presentes para todos os desabafos ao longo destes 5 anos;

Aos meus pais e irmão, que experienciaram tanto as conquistas como os momentos de *stress* e cansaço de toda a minha formação, nunca duvidando da minha capacidade;

Às avós, cujo carinho e preocupação me move para alcançar os meus objetivos;

Ao avô Joaquim, que apesar de não estar fisicamente presente, certamente escreveria um poema sobre este momento, tão desejado por ele.

Obrigada!

Resumo

No âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, foi realizado o Estágio Profissionalizante no 2º ano de formação. Desta forma, o presente relatório foi desenvolvido como forma de descrever a prática realizada. O estágio teve lugar em duas Unidades Sócio Ocupacionais da Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA) – Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa (FSO) e Fórum de Apoio Social no Restelo (FAS) – que tem como objetivo promover a reabilitação psicossocial e integração socioprofissional em indivíduos com problemas de saúde mental. Teve a duração de 8 meses, período no qual se realizou a observação, a avaliação inicial, o planeamento e desenvolvimento de sessões e a avaliação final. Tendo o relatório natureza teórico-prática, inicialmente abordam-se temas relacionados com a Psicomotricidade, Saúde Mental e Perturbações Mentais, especificando a Esquizofrenia, e enquadra-se o local de estágio. Seguidamente, descreve-se a intervenção psicomotora nas atividades de “Psicomotricidade”, “Adaptação ao Meio Aquático” e Acompanhamento Individual no FSO e “Psicomotricidade” e “Faz Por Ti” no FAS. Também se abordam as dificuldades e limitações sentidas. No final, realiza-se uma conclusão reflexiva de toda a experiência.

Palavras-chave: Psicomotricista; Intervenção Psicomotora; Reabilitação Psicossocial; Unidades Sócio Ocupacionais; Saúde Mental; Perturbações Mentais; Esquizofrenia; Competências Sociais; Competências Emocionais; Psicomotricidade.

Autora: Sara Raquel Pinheiro

Orientadora: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Abstract

Within the framework of Development of Professional Skills Branch of the Psychomotor Rehabilitation Master of the Faculty of Human Kinetics (Lisbon) an internship was performed in the last year of education. This report was developed to describe it. The internship took place in two Socio-Occupational Structures of a Portuguese association named Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA) – Socio-Occupational Forum and Social Support Forum. This association aims to promote the psychosocial rehabilitation and socio professional integration of individuals with mental health problems. The internship lasted 8 months, in which observation, initial evaluation, planning and development of sessions and final evaluation were done. Such as this report has a theoretical-practical nature, initially topics related to Psychomotricity, Mental Health and Mental Illness, specifying Schizophrenia, are approached and the internship local is explained. Then the psychomotor intervention is described as well as it's difficulties and limitations. In the end, a reflexive conclusion of the experience is presented.

Key-words: Psychomotricist; Psychomotor Intervention; Psychosocial Rehabilitation; Socio-Occupational Structures; Mental Health; Mental Illness; Schizophrenia; Social Competences; Emotional Competences; Psychomotricity.

Author: Sara Raquel Pinheiro

Guiding: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Índice

I.	Introdução	1
II.	Enquadramento da Prática Profissional.....	2
1.	Enquadramento Teórico	2
1.1.	Psicomotricidade	2
•	Modelo de Intervenção	3
•	Metodologias de Intervenção	4
1.2.	Saúde Mental e Perturbação Mental.....	6
1.3.	Intervenção na Perturbação Mental	7
•	Reabilitação Psicossocial	8
1.4.	Esquizofrenia: A Perturbação e Intervenção.....	10
•	Alterações dos Processos Cognitivos	11
•	Alterações Psicomotoras.....	12
•	Metodologias de Intervenção na Esquizofrenia	14
○	Treino de Competências Sociais (TCS).....	15
○	Remediação Cognitiva (RC).....	16
1.5.	Contributo da Intervenção Psicomotora em Saúde Mental.....	17
2.	Enquadramento Institucional	20
2.1.	Caracterização da Instituição	20
•	Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa	21
•	Fórum de Apoio Social	22
•	Relação com a Equipa Técnica.....	22
•	Relação com a Comunidade	23
III.	Realização da Prática Profissional	23
1.	Descrição e Organização da Prática Profissional	23
•	Psicomotricidade no FSO.....	25
○	Contexto de Intervenção	26
○	Caracterização do Grupo	26
•	Adaptação ao Meio Aquático no FSO	27
○	Contexto de Intervenção	28
○	Caracterização do Grupo	28
•	Acompanhamento F.S no FSO	28
○	Contexto de Intervenção	29
○	Caracterização da F.S.....	29
•	Psicomotricidade no FAS	30

○	Contexto de Intervenção	31
○	Caracterização do Grupo	32
•	Faz Por Ti no FAS	32
○	Contexto de Intervenção	33
○	Caracterização dos Grupos.....	33
2.	Descrição do Processo de Intervenção	34
•	Psicomotricidade no FSO.....	34
○	Avaliação	34
○	Resultados da Avaliação Inicial.....	37
○	Planeamento da Intervenção	39
○	Apresentação e Discussão dos Resultados da Intervenção.....	42
•	Adaptação ao Meio Aquático no FSO	47
○	Avaliação	47
○	Resultados da Avaliação Inicial.....	48
○	Planeamento da Intervenção	50
○	Apresentação e Discussão de Resultados da Intervenção	51
•	Acompanhamento Individual	54
○	Avaliação	54
○	Resultados da Avaliação Inicial.....	55
○	Planeamento da Intervenção	57
○	Apresentação e Discussão de Resultados da Intervenção	58
•	Psicomotricidade no FAS	60
○	Avaliação	60
○	Resultados da Avaliação Inicial.....	61
○	Planeamento da Intervenção	71
○	Apresentação e Discussão de Resultados da Intervenção	72
•	Faz por ti no FAS.....	81
○	Avaliação	81
○	Resultados da Avaliação Inicial.....	82
○	Planeamento da Intervenção	85
○	Apresentação e Discussão de Resultados da Intervenção	87
•	Dificuldades e Limitações.....	90
3.	Atividades Complementares	92
4.	94
	Conclusão	94
IV.	Referências Bibliográficas	96
V.	Anexos.....	viii

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma da ARIA (ARIA, 2016).	20
Figura 2 - Resultados da avaliação inicial do instrumento CAECS, relativos à "Psicomotricidade" do FSO.	38
Figura 3 - Resultados da avaliação inicial do instrumento ECCRI, relativo à "Psicomotricidade" do FSO.	38
Figura 4 - Resultados da avaliação inicial do instrumento IRPS, relativos à "Psicomotricidade" do FSO.	39
Figura 5 - Comparação dos resultados da avaliação e inicial do instrumento CAECS, relativos à "Psicomotricidade" do FSO.	43
Figura 6 - Comparação dos resultados da avaliação inicial e final do instrumento ECCRI, relativos à "Psicomotricidade" do FSO.	43
Figura 7 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento IRPS, relativos à "Psicomotricidade" do FSO.	44
Figura 8 - Respostas dos clientes ao item 3 do "Questionário de Avaliação de Psicomotricidade".	46
Figura 9 - Resultados da avaliação inicial do instrumento COCMA, relativos à "Adaptação ao Meio Aquático" no FSO.	49
Figura 10 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento COCMA, relativos à "Adaptação ao Meio Aquático" no FSO.	52
Figura 11 - Resultados da avaliação inicial do instrumento EA, relativos ao Acompanhamento Individual no FSO.	56
Figura 12 - Resultados da avaliação inicial do instrumento WHOQOL-BREF, relativos ao Acompanhamento Individual no FSO.	56
Figura 13 - Comparação dos resultados entre a avaliação e final do instrumento EA, relativos ao Acompanhamento Individual no FSO.	58
Figura 14 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento WHOQOL-BREF, relativos ao Acompanhamento Individual no FSO.	59
Figura 15 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	62
Figura 16 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	65
Figura 17 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	66
Figura 18 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	67
Figura 19 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	68
Figura 20 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	70
Figura 21 - Resultados da avaliação inicial do instrumento ECCRI, relativos ao grupo 1 do "Faz Por Ti" no FAS.	82

Figura 22 - Resultados da avaliação inicial do instrumento CAECS, relativos ao grupo 1 do "Faz Por Ti" no FAS.....	83
Figura 23 - Resultados da avaliação inicial do instrumento ECCRI, relativos ao grupo 2 do "Faz Por Ti" no FAS.....	84
Figura 24 - Resultados da avaliação inicial do instrumento CAECS, relativos ao grupo 2 do "Faz Por Ti" no FAS.....	84
Figura 25 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento CAECS, relativos ao grupo 1 do "Faz Por Ti" no FAS.	87
Figura 26 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento ECCRI, relativos ao grupo 1 do "Faz Por Ti" no FAS.	88
Figura 27 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento CAECS, relativos ao grupo 2 do "Faz Por Ti" no FAS.	89
Figura 28 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento ECCRI, relativos ao grupo 2 do "Faz Por Ti" no FAS.	89

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Horário de estágio.....	25
Tabela 2 - Cronograma da intervenção da atividade "Psicomotricidade" no FSO.	26
Tabela 3 - Cronograma da intervenção da atividade "Adaptação ao Meio Aquático" no FSO...	27
Tabela 4 - Cronograma da intervenção do Acompanhamento Individual no FSO.	29
Tabela 5 - Cronograma da intervenção da atividade "Psicomotricidade" no FSO.	31
Tabela 6 - Cronograma da intervenção da atividade "Faz Por Ti" no FAS.....	33
Tabela 7 - Objetivos elaborados para a "Psicomotricidade" do FSO.	40
Tabela 8 - Objetivos elaborados para a "Psicomotricidade" do FSO.	40
Tabela 9 - Respostas dos clientes ao item 6 do "Questionário de Avaliação de Psicomotricidade".	47
Tabela 10 - Objetivos elaborados para a "Adaptação ao Meio Aquático".	50
Tabela 11 - Objetivos elaborados para o Acompanhamento Individual.	57
Tabela 12 – Objetivos elaborados para a “Psicomotricidade” no FAS.....	71
Tabela 13 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	73
Tabela 14 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	75
Tabela 15 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	77
Tabela 16 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	77
Tabela 17 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	78
Tabela 18 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.	79
Tabela 19 - Objetivos elaborados para o "Faz Por Ti".	85

I. Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, consistindo na descrição do Estágio Profissionalizante realizado no 2º ano de formação.

A prática do referido estágio tem três objetivos gerais, nomeadamente (Artigo 2º, Regulamento de Estágio, 2015¹):

- a) Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar;*
- b) Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção;*
- c) Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.*

Para ir ao encontro destes objetivos, o estágio realizou-se na Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA), mais concretamente em duas das suas Unidades Sócio Ocupacionais: o Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa (FSO) e o Fórum de Apoio Social no Restelo (FAS). A ARIA destina-se a pessoas com problemas de saúde mental em desvantagem psicossocial, ajudando-as no âmbito da reabilitação psicossocial e da integração socioprofissional. Assim, o trabalho desenvolvido pela estagiária centrou-se no desenvolvimento das atividades de “Psicomotricidade”, “Adaptação ao Meio Aquático”, “Faz por Ti” (treino de competências sociais) e intervenção individual bem como no apoio em outras atividades ou eventos da ARIA.

Tendo uma natureza teórico-prática, o presente relatório divide-se em duas partes fundamentais, iniciando-se com o Enquadramento da Prática Profissional, onde se inclui o

¹ Regulamento de Estágio da Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais (2015). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa.

Enquadramento Teórico seguido do Enquadramento Institucional, e finalizando-se com a Realização da Prática Profissional.

Como ponto de partida para a primeira parte, tendo em conta o âmbito de intervenção do estágio, apresenta-se o tópico sobre a Psicomotricidade, onde se retrata tanto o conceito como a profissão a nível dos modelos e metodologias de intervenção. Posteriormente retratam-se conceitos relacionados com a problemática do local de estágio, como a Saúde Mental e Perturbação Mental, a Intervenção na Perturbação Mental e a Esquizofrenia, abordando-se tanto a perturbação ao nível das suas características como a intervenção, na qual se inserem as metodologias de intervenção do Treino de Competências Sociais e Remediação Cognitiva. Por fim, aborda-se o Contributo da Intervenção Psicomotora em Saúde Mental, especificando para a Esquizofrenia. Esta perturbação é o alvo no Enquadramento Teórico na medida em que é o grupo com mais incidência na ARIA.

No Enquadramento Institucional é apresentada a ARIA mais detalhadamente, local de realização do estágio, abordando-se as duas Unidades Sócio Ocupacionais: o FSO e o FAS.

A Realização da Prática Profissional está dividida na Descrição e Organização da Prática Profissional, Descrição do Processo de Intervenção e Atividades Complementares. No primeiro tópico, descrevem-se características das atividades e dos grupos de intervenção bem como se abordam características temporais da intervenção. Na Descrição do Processo de Intervenção aborda-se o processo de avaliação e os resultados da avaliação inicial, o planeamento da intervenção, a apresentação e discussão de resultados da intervenção e refletem-se dificuldades e limitações sentidas ao longo do período de estágio. O último tópico é destinado à descrição de atividades que não fizeram parte do processo de intervenção, mas que se enquadram na realização do estágio profissionalizante.

II. Enquadramento da Prática Profissional

1. Enquadramento Teórico

1.1. Psicomotricidade

Para se perceber o contributo da intervenção Psicomotora em contexto de Saúde Mental com adultos, em particular com a Esquizofrenia, realizada no estágio profissionalizante, antes de se retratar temas relativos à Saúde Mental e à Perturbação Mental, achou-se relevante retratar o que é a Psicomotricidade.

O conceito de Psicomotricidade encara o ser humano de uma forma holística, integrando por isso as suas funções cognitivas, sócio emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial (Fonseca, 2010). Sendo através do corpo que o indivíduo se expressa, a Psicomotricidade enquanto intervenção promove a sua funcionalidade através da mediação corporal (Fonseca & Martins, 2001).

Assim, o corpo não é visto na sua perspetiva biológica, mas sim como um espaço psíquico, que se expressa através das funções psicomotoras e da ação sobre a realidade, as pessoas e os objetos (Boscaini, 2003).

Numa base epistemológica, onde a Fenomenologia, a Psicanálise, a Psicossomática, a Psicofisiologia, as Neurociências, a Psicopedagogia, entre outros, tiveram o seu contributo, a intervenção psicomotora influencia o espectro da diversidade biopsicossocial do indivíduo, oferecendo atividades educativas, reeducativas e terapêuticas que promovem o seu desenvolvimento global e influenciam de forma positiva no seu bem-estar e qualidade de vida (Fonseca, 2004), incluindo todas as faixas etárias (*European Forum of Psychomotricity*, 2012).

Em resumo, a Psicomotricidade enquanto profissão *consiste numa intervenção por mediação corporal e expressiva, na qual o Psicomotricista estuda e compensa a expressão motora inadequada ou inadaptada, em diversas situações geralmente ligadas a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafetivo* (Artigo 4º, Capítulo I, Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2011).

- **Modelo de Intervenção**

Na prática da Psicomotricidade há que ter em conta a existência de três vertentes, a vertente Preventiva ou Educativa, a Reeducativa e a Terapêutica (APP, 2011):

- A **Preventiva ou Educativa** tem como objetivo de intervenção a estimulação do desenvolvimento psicomotor e do potencial de aprendizagem bem como a melhoria ou manutenção da autonomia;
- A **Reeducativa** adequa-se quando a relação entre o desenvolvimento e a aprendizagem está prejudicado;

- A **Terapêutica** assume o seu papel no caso de indivíduos cuja adaptabilidade está comprometida devido a problemas psicoafetivos.

Existem ainda dois modelos de atuação que se podem distinguir, mas não separar, nomeadamente a Psicomotricidade Instrumental e a Relacional (Martins, 2001).

Na primeira enfatiza-se a relação com os objetos e com a componente espaço-temporal do envolvimento, através de atividades sensório motoras que possibilitem a análise, integração e elaboração da informação (Martins, 2001). Aragón (2006) define os objetivos desta vertente em três esquemas: o **esquema corporal** (perceção global do corpo, tónus e relaxação, equilíbrio, lateralidade e coordenação global e segmentária), o **esquema espacial** (orientação espacial e as noções espaciais sobre o outro) e o **esquema temporal** (aquisição de noções básicas como velocidade, duração, continuidade, irreversibilidade e intervalo, tomada de consciência de relações de simultaneidade, sucessão, diferentes momentos do tempo, consciência da sucessão e a coordenação de diversos elementos).

A segunda já remete para uma vertente não tão funcional, mas sim afetiva, com incidência no diálogo tónico-emocional que possibilita a relação entre o indivíduo com o envolvimento e com o outro (Martins, 2001). Assim, os objetivos incidem sobre a **relação com o corpo** (partes e limites corporais, coordenação global, postura, tónus e gestualidade), **com o espaço** (utilização, adequação e exploração do espaço em todas as suas dimensões), **com o tempo** (saber escutar, respeitar regras, esperar), **com os objetos** (utilização e exploração dos materiais e desenvolvimento de jogos sensoriomotores, simbólicos e de regras), **com os outros** (relação com o grupo e o psicomotricista, perceber os outros através da comunicação verbal e não verbal, expressar sentimentos e opiniões com os outros, através dos dois tipos de comunicação, de forma adequada e propícia ao momento) e **com a linguagem** (utilização de uma linguagem adequada à idade e de diferentes formas de expressão e representação) (Aragón, 2006).

Aragón (2006) ainda distingue o modelo de **intervenção psicomotora dirigida**, na qual existe avaliação psicomotora, estabelecimento de objetivos e planeamento e preparação das sessões, e o modelo de **intervenção vivenciada**, onde se dá importância ao movimento livre e espontaneidade para o desenvolvimento global do indivíduo.

- **Metodologias de Intervenção**

Para perceber a metodologia da intervenção psicomotora é necessário retratar-se o tipo de intervenção, o processo de avaliação e as técnicas que poderão ser recorridas.

A intervenção psicomotora poderá ser realizada individualmente ou em grupo. Nas sessões individuais existe uma maior predisposição do psicomotricista com o cliente, valorizando mais o seu ritmo, as suas características e necessidades. Por outro lado, as sessões grupais são mais dinâmicas, espontâneas, permitindo a vivência com outros e a transposição de situações simuladas para a vida real (Arágon, 2006).

É importante que exista uma avaliação psicomotora inicial, definindo-se assim o perfil psicomotor do indivíduo, identificando as áreas de desenvolvimento a trabalhar. Através desta avaliação o psicomotricista elabora o respetivo programa, atividades e estratégias adequadas às necessidades e características de cada indivíduo (Arágon, 2006). Numa intervenção individual, é importante a realização de uma entrevista, na qual existe a expressão da queixa, a formulação do pedido de ajuda e das expectativas de mudança e a elaboração da história biográfica (Pitteri, 2004). Boscaini (2004) afirma que o diagnóstico psicomotor é realizado tanto através da observação dinâmica espontânea como de instrumentos que avaliem os aspetos funcionais e expressivo-relacionais. Assim, a avaliação é realizada num contexto específico, podendo ser qualitativa e quantitativa, analisando as competências psicomotoras, os problemas psicomotores e a qualidade do desenvolvimento em todas as faixas etárias, de modo a monitorizar o progresso da intervenção (*European Forum of Psychomotricity*, 2012).

Existem várias técnicas utilizadas em intervenção psicomotora, tais como (APP, 2011):

- **Técnicas de relaxação terapêutica e de consciencialização corporal:** promovem o esquema e a imagem corporal e possibilitam a vivência tónico-emocional da relação;
- **Técnicas de educação e reeducação gnoso-prática:** através da relação entre a ação (praxia) e a sua representação (gnosia), desenvolvem competências psicomotoras e a autorregulação do comportamento;
- **Técnicas expressivas e lúdico-terapêuticas:** utilizam a comunicação não verbal e a exteriorização tónico-emocional de problemáticas nas quais a mediação terapêutica pela palavra não se enquadra;
- **Técnicas de recreação terapêutica e atividade motora adaptada:** promovem a qualidade de vida do indivíduo.

De uma forma específica, o *European Forum of Psychomotricity* (2012) refere como técnicas a avaliação psicomotora, atividades com movimento (individuais ou grupais), o brincar, jogos e desporto, atividades expressivas, exercícios de reconhecimento corporal,

relaxação psicomotora, estimulação e integração da percepção, atividades grafo motoras e atividades com base no exterior e na aventura.

Resumidamente, a Psicomotricidade enquanto área de intervenção engloba diferentes modelos e métodos consoante o indivíduo/grupo e os objetivos da intervenção estipulados através da avaliação. Além disso, é o papel do Psicomotricista atualizar os seus conhecimentos científicos e de literatura para a sua prática (*European Forum of Psychomotricity*, 2012). Seguindo esta linha, para se perceber como a Psicomotricidade poderá atuar em adultos com Esquizofrenia, há que se ter conhecimentos associados à Saúde Mental, abordando-os de seguida.

1.2. Saúde Mental e Perturbação Mental

A necessidade de perceber o conceito de saúde mental é evidente: é uma forma de bem-estar para todos os indivíduos, sociedades e países, sendo tão importante como a saúde física ou social, considerando-se a saúde mental, física e social interdependentes (OMS, 2002).

Além do referido, analisando o conceito de saúde definido pela OMS (2005) verifica-se que a saúde mental faz parte do mesmo - “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade” – enfatizando a importância da sua compreensão.

A saúde mental é vista como a ligação entre bem-estar e funcionalidade, pelo que a OMS (2005) descreve o conceito como “estado de bem-estar a partir do qual o indivíduo realiza as suas próprias habilidades, gere o stresse normal da vida, trabalha com produtividade e resultados e contribui para a sua comunidade”. Assim, saúde mental é muito mais do que a ausência de perturbação mental.

A perturbação mental é um conceito difícil de definir (Fazenda, 2008 *cit in* Oliveira & Felipe, 2009), sendo visto como um problema de saúde mental que se traduz em sinais e sintomas de intensidade elevada ou persistentes no tempo, provocando sofrimento e/ou disfunção (Sítio Saúde Mental, 2016). Segundo a definição da APA (2013, p. 20) *é uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento, que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental*. De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental elaborado pelo Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde e Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008), as perturbações

psiquiátricas e os problemas de saúde mental têm vindo a tornar-se a principal causa tanto de incapacidade como de morbilidade das sociedades atuais.

Os determinantes da saúde mental e da perturbação mental não passam apenas pelas características do indivíduo (capacidade de gerir pensamentos, emoções, comportamentos e interações com outros), também fazendo parte fatores sociais, culturais, económicos, políticos e envolvimentoais (OMS, 2013).

Atendendo ao referido conclui-se, portanto, que quando se intervém na perturbação mental é importante ter em conta o bem-estar e a funcionalidade do indivíduo e não apenas a perturbação em si. Nesta perspetiva, aborda-se a intervenção tendo em conta a farmacoterapia, a psicoterapia e a reabilitação psicossocial, especificando-se esta última por ser o modelo utilizado na ARIA.

1.3. Intervenção na Perturbação Mental

Tradicionalmente, a intervenção com indivíduos com perturbação mental para ser o mais eficaz possível tem que ter em conta três componentes: a farmacoterapia, a psicoterapia e a reabilitação psicossocial. O equilíbrio da intervenção irá depender da idade, do diagnóstico e possíveis comorbilidades físicas e mentais, e do grau atual da patologia (OMS, 2002).

A farmacoterapia tem como objetivo reduzir ou evitar os sintomas ou possíveis recaídas, atuando nos sintomas específicos da perturbação mental. Assim, existem três classes de fármacos psicotrópicos, nomeadamente, os anti psicóticos para os sintomas psicóticos, os anti depressivos para a depressão, os anti epilépticos para a epilepsia e os ansiolíticos ou tranquilizantes para a ansiedade (OMS, 2002).

A psicoterapia é uma intervenção estruturada e planeada, tendo em vista alterar o comportamento, o humor e as reações emocionais face a diferentes estímulos, através de meios psicológicos verbais e não-verbais (OMS, 2002).

Já a reabilitação psicossocial é uma componente abrangente na intervenção em saúde mental, com base na comunidade, que permite aos indivíduos adquirir ou recuperar determinadas competências práticas necessárias para viver e interagir na comunidade (OMS, 2002). Sendo esta o modelo utilizado na ARIA, será descrita pormenorizadamente de seguida.

- **Reabilitação Psicossocial**

A centralização dos serviços de saúde mental em instituições psiquiátricas foi posta em causa nos anos 60, com o desenvolvimento científico e através de movimentos a favor dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental. Assim, nos últimos 25 anos a sociedade tem vindo a evoluir no sentido de substituir os serviços referidos anteriormente por serviços de base comunitária (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

Estudos realizados têm vindo a verificar que os tratamentos dentro da comunidade e que promovam a reabilitação e a reintegração social dos indivíduos são mais eficazes que os serviços de base hospitalar tradicionais (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007), realçando assim a importância de uma Reabilitação Psicossocial na saúde mental.

Segundo a OMS (2002, p.116), a reabilitação psicossocial define-se como “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade”. A mesma fonte refere como visão deste processo a diminuição do estigma e da discriminação, a independência dos indivíduos, a promoção das competências sociais individuais e o desenvolvimento de um serviço de apoio social de longa duração.

Existem três vertentes de intervenção: a **reabilitação profissional**, que perspetiva apoiar e formar os indivíduos a nível profissional bem como a sua colocação em empresas de inserção, emprego apoiado e emprego protegido; a **reabilitação residencial**, que tem em vista atividades de vida diária, as relações interpessoais, a gestão de medicação e de orçamento doméstico; e a **participação social**, recorrendo a recursos da comunidade, *empowerment*, atividades ocupacionais e de lazer, grupos de ajuda mútua para utilizadores e familiares e suportes sociais domiciliários (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

No final dos anos 90 Portugal começou a desenvolver programas e estruturas de reabilitação psicossocial, ao abrigo do Programa *Horizon* da CE, do Despacho 407/98 e da legislação de apoio ao emprego (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

No Plano Nacional de Saúde 2007-2016 (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008) é enfatizado que os serviços de saúde mental devem prestar serviços com qualidade e que promovam a recuperação e reintegração dos indivíduos na comunidade. Nos seus objetivos, existem dois que vão ao encontro do conceito de reabilitação psicossocial, sendo estes: (1) *Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;* e (2) *Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.*

A nível de legislação em Portugal, destaca-se o Decreto-Lei nº 8/2010, republicado no Decreto-Lei nº 22/2011 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde (2011), que tem como finalidade criar um conjunto de unidades e equipas que promovam o processo de reabilitação e de apoio social a indivíduos com doença mental grave, sendo este ativo e contínuo. Assim, pretende-se que os indivíduos em situação de dependência e incapacidade psicossocial consigam ser autónomos e funcionais, e consequentemente, se integrem a nível familiar e social.

Relativamente à tipologia das unidades e equipas, estas são constituídas pelas unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário (artigo 8º, capítulo II do Decreto-Lei nº 22/2011 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2011). Tendo em conta o local do presente relatório, torna-se relevante destacar as unidades sócio ocupacionais. Estas têm como fim incrementar a autonomia, estabilidade emocional e participação social de indivíduos com grau moderado e reduzido de incapacidade psicossocial e clinicamente estáveis, visando a integração familiar, social e profissional (artigo 14º, capítulo II do Decreto-Lei nº 22/2011 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2011).

Deste modo, a reabilitação psicossocial proporciona um sentido de participação e valor pessoal, através da promoção de competências sociais, interesses e atividades de lazer e competências para atividades de vida diária (regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, fazer orçamentos, manter a casa e usar diferentes meios de transporte) (OMS, 2002).

Percebendo em que consiste a Reabilitação Psicossocial na saúde mental, é essencial então conhecer metodologias de intervenção que poderão fazer parte da mesma, para que tenha maior sucesso. Assim, sendo a população-alvo do relatório indivíduos com Esquizofrenia, segue-se a definição e descrição da perturbação bem como possíveis metodologias de intervenção.

1.4. Esquizofrenia: A Perturbação e Intervenção

A Esquizofrenia é uma perturbação psicótica onde existe a perda do sentido de realidade no dia-a-dia. Deste modo, afeta áreas de vida como o trabalho, as relações interpessoais e os cuidados pessoais, no caso de aparecimento numa fase adulta (APA, 2013).

No DSM-V a Esquizofrenia encontra-se na categoria de *Espetro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas*. Para além desta, fazem parte do Espetro da Esquizofrenia a Perturbação Esquizoafetiva, a Perturbação Esquizofreniforme e a Perturbação Esquizotípica (APA, 2013).

De uma forma geral, é caracterizada por sintomas positivos, sintomas negativos, discurso desorganizado e perturbações no comportamento (Afonso, 2010; National Institute of Mental Health, 2015):

- 1) Os **sintomas positivos** são aqueles que em indivíduos sem perturbação não existem estando “a mais”, nomeadamente as alucinações e os delírios. Enquanto as alucinações são experiências sensoriais que ocorrem sem que exista um estímulo (ouvir vozes é uma das mais usuais nesta perturbação), os delírios são pensamentos falsos, ou seja, que não são verdadeiros nem lógicos (e.g. pensar que a rádio está a enviar uma mensagem específica para o próprio);
- 2) Os **sintomas negativos** caracterizam-se por serem características que em indivíduos com perturbação estão a menos ou em falta, associando-se a disrupções de emoções e comportamentos normais. Fazem parte destes sintomas o embotamento afetivo, o discurso reduzido, a falta de prazer, a apatia e o compromisso cognitivo;
- 3) O **discurso desorganizado** é descrito como uma forma de linguagem bizarra, dificultando a sua compreensão;
- 4) Por fim, em relação às **perturbações do comportamento**, poderá observar-se uma desorganização a nível da motricidade global e um comportamento catatónico.

Para diagnóstico terão que estar presentes duas ou mais características anteriores, tendo que pelo menos uma ter de ser alucinações, delírios ou discurso desorganizado, na grande maioria do dia-a-dia por um período de pelo menos 1 mês. Além disso, terão que existir sinais contínuos desta perturbação de pelo menos 6 meses, incluindo 1 mês de sinais persistentes (APA, 2013).

Existem indivíduos que passam por uma fase prodromal, ou seja, onde existe um determinado conjunto de sinais que indicam o início desta perturbação. Estes referem-se como a falta de apetite, o distúrbio do sono, comportamento atípico predominante, redução de determinados sentimentos ou sentimentos inconsistentes, discurso difícil de compreender, preocupação exagerada por ideias incomuns, pensar que coisas que não estão relacionadas têm um significado especial, sentimentos persistentes de coisas irreais e alteração da forma como as coisas aparentam, cheiram ou soam (*World Federation of Mental Health*, 2008).

Tendo em conta as problemáticas em que a intervenção psicomotora poderá incidir, torna-se relevante perceber as alterações dos processos cognitivos e psicomotores em indivíduos com Esquizofrenia, foque deste tipo de intervenção.

- **Alterações dos Processos Cognitivos**

A cognição é uma função cerebral importante, englobando todos os processos mentais que nos permitem adquirir conhecimentos e consciencializar o nosso envolvimento, o que promove a realização de julgamentos adequados. É através da cognição que funcionamos no quotidiano (Kar & Jain, 2016).

Segundo a *World Federation of Mental Health* (2008), os sintomas cognitivos na Esquizofrenia passam pelos **problemas de atenção, concentração** e de **memória**. Goff, Hill e Barch (2011) especificam e acrescentam, referindo que os problemas cognitivos mais usuais na Esquizofrenia são a nível da velocidade de processamento da informação, da memória episódica, da memória de trabalho e das funções executivas.

O estudo de Mosiolek, Gierus, Koweszko e Szulc (2016) verificou que indivíduos com Esquizofrenia obtiveram resultados inferiores em testes de avaliação de funções executivas, da capacidade de aprendizagem verbal e linguística, de funções visuais e cognitivas bem como perceção visual, de atenção visual e mudança de tarefa e da capacidade de memorização, em relação a indivíduos saudáveis. É de enfatizar que o

estudo foi realizado a indivíduos entre os 18 e os 55 anos, sendo esta diferença evidenciada em todas as idades.

A meta análise de Penn, Sanna e Roberts (2008) revela ainda dificuldades a nível da **cognição social**, nomeadamente ao que se refere à percepção das emoções, tanto através das expressões faciais como tom de voz, à capacidade de atribuir estados mentais e de fazer inferências sobre as intenções dos outros, o que dificulta a compreensão de metáforas, ironias, dicas, intenções, pensamentos, etc., e à atribuição causal a determinada situação (p. ex. indivíduos com Esquizofrenia com delírios e paranoia atribuem causas externas a situações negativas, o que provoca uma atribuição negativa nas intenções e percepções do outro).

O estudo de Ramona (2014) refere que a cognição social tem uma associação importante com o nível de funcionalidade do indivíduo, pelo que níveis mais elevados de cognição social em indivíduos com Esquizofrenia correspondem a uma maior funcionalidade. Além disto, no estudo de Kalin et al. (2015) concluiu-se que a cognição social e a competência social estão inter-relacionadas e predizem o comportamento social do dia-a-dia para além da influência dos sintomas negativos (como a falta de motivação social).

- **Alterações Psicomotoras**

Na revisão de literatura de Morrens, Hulstijn e Sabbe (2006) é referido que se observa clinicamente nos indivíduos com Esquizofrenia um “atraso psicomotor”, caracterizado por uma lentificação nas respostas e/ou nos movimentos e um maior tempo de latência de pensamento, existindo dificuldades tanto no desempenho da motricidade global como fina. Além disto, existem sintomas catatónicos e sinais neurológicos “suaves”.

No diagnóstico de Esquizofrenia segundo o DSM-V é necessário especificar se existir **catatonía**. Esta é vista como um distúrbio psicomotor com consequente atividade motora reduzida, atividade motora em excesso e peculiar ou pouco envolvimento durante a entrevista ou exame físico no âmbito clínico. Para que exista Perturbação Catatónica devido a Outra Condição Médica, terão que existir 3 ou mais dos seguintes sintomas: 1) Estupor (inatividade psicomotora, não se relaciona com o envolvimento); 2) catalepsia (indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade); 3) Flexibilidade cética (leve resistência ao posicionamento do examinador); 4) Mutismo (pouca ou nenhuma resposta verbal); 5) Negativismo (oposição ou ausência de resposta a instruções ou estímulos externos); 6) Postura (manutenção ativa e espontânea de uma postura contra a gravidade); 7) Maneirismo (expressão de uma ação normal de forma estranha e peculiar); 8)

Estereotipia (movimentos não-direcionados para um objetivo, repetitivos e anormalmente frequentes); 9) Agitação que não é influenciada por estímulos externos; 10) Expressões faciais de caretas 11) Ecolalia (fazer mímica de um discurso de outra pessoa); 12) Ecopraxia (fazer mímica de movimentos de outra pessoa) (APA, 2013).

Os **sinais neurológicos “suaves”** foram estudados através de uma meta-análise de Chan, Xu, Heinrichs, Yu e Wang (2010), concluindo que efetivamente existe um déficit motor e sensorial nos indivíduos com Esquizofrenia, encontrando evidências de que existe uma associação entre estes e o desempenho cognitivo e os sintomas negativos. Estes défices refletem-se na dificuldade de integração sensorial, coordenação motora e inibição. Além do referido, o impacto destes é moderado pela idade e pela duração da perturbação.

A **nível postural**, o estudo de Kent et al. (2012) analisou o desequilíbrio postural de um grupo de 27 indivíduos com Esquizofrenia em relação ao grupo de controlo de 37 indivíduos sem perturbação. Este estudo teve como base teórica o facto de indivíduos com Esquizofrenia apresentarem problemas a nível do Cerebelo, que influenciam a orientação do corpo no espaço e o ajustamento do mesmo para a manutenção de uma postura equilibrada. Deste modo, avaliaram durante dois minutos o centro de pressão de 4 formas diferentes: olhos abertos ou fechados combinados com pés juntos ou pés à largura dos ombros. Os resultados verificaram que a área de desequilíbrio dos indivíduos com Esquizofrenia é maior em relação ao grupo de controlo, indicando dificuldades no controlo postural. Além disso, a área de desequilíbrio do grupo com Esquizofrenia foi significativamente maior quando estavam de olhos fechados do que quando de olhos abertos, não sendo no grupo de controlo a diferença tão significativa.

Também existem alterações a **nível corporal** a ter em conta. A Fenomenologia distingue o corpo vivido – a experiência subjetiva que cada indivíduo tem com o seu corpo, ou seja, na primeira pessoa - do corpo físico – o corpo visto na terceira pessoa, o qual é estudo de ciências como Anatomia e Fisiologia. Na Esquizofrenia, o corpo vivido é o que tem especial interesse, já que pode existir uma “desincorporação”. Esta “desincorporação” pode ser sentida pelos indivíduos como a falta de presença de si mesmos que impede a experiência de pensamentos, emoções e percepções como suas, ou através de uma perspetiva de terceira pessoa, ou seja, a sua experiência é vivida como se o próprio estivesse fora do seu corpo (Stanghellini, 2009).

Haan e Fuchs (2010) tentaram perceber a Esquizofrenia numa perspetiva corporal. Assim, analisaram dois estudos de caso através de uma entrevista qualitativa semiestruturada

denominada *Examination of Anomalous Self-Experience*. Os dois indivíduos, um com 22 anos e outro com 23 anos e diagnosticados com Esquizofrenia, relataram experienciar uma sensação de não saberem quem são, fazendo esta questão a si mesmos várias vezes. Um dos indivíduos sentia o seu corpo não como um todo mas dividido em diferentes partes. O outro referiu que se sente afastado de si, não sabendo o que quer nem o que está a fazer. A experiência de estranheza de si mesmos, com sensações de um corpo alterado (como a face, a voz, cabeça de grandes dimensões) e distância entre si e as suas perceções (ambos relataram que era como se os seus olhos fossem câmaras distantes do Mundo), afetando o controlo de si mesmos, também foi referida. Por fim, mencionaram momentos do controlo e atenção consciente que têm das suas ações, tanto motoras como verbais, deixando de ser naturais, bem como o oposto, o automatismo das suas ações em momentos mais stressantes, fazendo com que nem se lembrem do que realizaram. Um dos indivíduos referiu que o controlo das ações se relaciona com o facto de em certa altura andar descoordenado e sem sentido spatiotemporal.

Assim, com base nos sintomas e alterações que se manifestam em indivíduos com Esquizofrenia percebe-se que existem diversos aspetos a serem trabalhados, já que afetam a sua vida no quotidiano e o seu bem-estar.

- **Metodologias de Intervenção na Esquizofrenia**

Para além do tratamento farmacológico, existem outros tratamentos que não recorrem o uso de medicação na Esquizofrenia. Este tipo de tratamentos são essenciais tanto como complemento ao tratamento farmacológico, como forma de prevenção no avanço da perturbação numa fase inicial dos primeiros sinais (*World Federation for Mental Health*, 2008).

De uma vista global, segundo a *World Federation for Mental Health* (n.d) o tratamento para a esquizofrenia deve englobar: (1) medicação para controlar os sintomas; (2) educação para as famílias ou outros grupos de suporte, tanto sobre a perturbação como acerca dos serviços que podem adquirir na comunidade; (3) aconselhamento familiar, já que a perturbação também afeta a família do indivíduo; (4) hospitalização e acompanhamento regular, o primeiro nos casos mais agudos; (5) programas de reabilitação e de residência, com vista a promover as competências sociais e a dar oportunidades de recreação, de vocação e de residência; (6) grupos de suporte, tanto para a família como para o indivíduo; (7) nutrição, descanso e exercício, já que uma rotina saudável é essencial para a

recuperação; e (8) terapia electroconvulsiva, nos casos em que existe propensão para suicídio, depressão ou onde não existe resposta a outros tratamentos.

Focando na intervenção com o indivíduo com Esquizofrenia, a investigação realça como terapias eficazes no âmbito da Reabilitação Psicossocial o Treino de Competências Sociais e a Remediação Cognitiva (Bellack, 2001). Deste modo, as mesmas serão descritas seguidamente bem como o contributo que a intervenção psicomotora poderá dar nas mesmas áreas.

- **Treino de Competências Sociais (TCS)**

O TCS é utilizado para o indivíduo adquirir competências sociais específicas que estão em falta ou para compensar as que faltam. Torna-se importante na Esquizofrenia, na medida em que para além das dificuldades consequentes da sintomatologia e dos problemas cognitivos que dificultam a utilização das competências já adquiridas, muitos indivíduos não aprenderam as competências para a vida adulta devido à idade de surgimento desta perturbação (Lieberman & Martin, 2002).

De acordo com Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, Ribas-Sabaté e Lemos-Giráldez (2014), no TCS trabalha-se essencialmente: comportamentos expressivos (e.g. distância interpessoal, gestos, postura), comportamentos responsivos (e.g. perceção social, reconhecimento e interpretação de emoções), comportamentos de interação (e.g. tempo de resposta, utilização de reforços sociais) e fatores contextuais (conhecimento de fatores culturais e demandas contextuais específicas). Os mesmos autores referem que se utilizam técnicas baseadas nas técnicas cognitivo-comportamentais, tais como: instrução, *role-playing*, modelação, *feedback* e reforço positivo, testes de realidade e aproximação sucessiva.

Uma sessão de TCS tem habitualmente a duração de 45 a 90 minutos, podendo ser apenas uma vez por semana ou uma vez por dia, pelo que indivíduos com Esquizofrenia deverão ter um treino mais intenso devido às suas dificuldades a nível social (Lieberman & Martin, 2002). Loureiro (2013) refere que um TCS em grupo poderá ter entre 4 a 15 elementos, com sessões entre os 30 minutos a 2 horas, semanalmente ou bissemanalmente, durando o programa 4 ou 6 meses.

Numa fase inicial do TCS é realizada a apresentação do programa, das normas de confidencialidade e de compromisso de participação e são estabelecidas as primeiras relações interpessoais. Na fase final realiza-se o balanço do programa, onde se partilham

os ganhos pessoais e as dificuldades que foram superadas. As sessões intermédias habitualmente dividem-se em três momentos: (1) o momento inicial é dedicado para rever a sessão anterior, apresentar os trabalhos de casa e realizar exercícios de aquecimento ou jogos quebra-gelo para promover a cooperação entre o grupo (5 a 10 minutos); (2) seguidamente desenvolve-se a sessão propriamente dita, através de vários procedimentos, de acordo com os objetivos estipulados; e (3) o momento final é caracterizado pela partilha da opinião dos participantes acerca da sessão bem como do progresso e participação dos mesmos por parte do terapeuta, e estabelecem-se as tarefas para casa (Loureiro, 2013).

O estudo preliminar de Rus-Calafell, Gutiérrez-Madonado, Ortega-Bravo, Ribas-Sabaté e Caqueo-Úrizar (2013) teve como objetivo perceber os efeitos do TCS de Kopelowicz, Liberman e Zarate (2006) em indivíduos com Esquizofrenia ou Perturbação Esquizoafetiva entre os 18 e os 55 anos. Este baseia-se numa intervenção em sete comportamentos específicos: (1) perceção social; (2) processamento da informação social; (3) competências de emissão e receção (comunicação verbal e não verbal); (4) competências de afiliação; (5) competências instrumentais; (6) competências de interação; e (7) comportamento de acordo com as normas sociais. Para o estudo, realizaram-se 16 sessões, duas por cada bloco (que corresponde a cada comportamento) mais uma sessão de introdução e outra de encerramento do programa, num grupo de 18 indivíduos. No grupo de controlo participaram 13 indivíduos, que apenas tinham sessões individuais com o psiquiatra, assistente social e psicólogo, sem ter o objetivo de promover as competências sociais. Em comparação com o grupo de controlo, o grupo que teve intervenção com o programa de TCS teve melhorias ao nível do sintomas, desconforto social, cognição social, isolamento social, comunicação interpessoal e qualidade de vida.

- **Remediação Cognitiva (RC)**

No âmbito da Esquizofrenia, a RC é uma terapia baseada no treino comportamental para promover processos cognitivos como a atenção, memória, funções executivas, cognição social e metacognição, estando comprometidos devido à perturbação (Wykes & Spaulding, 2011).

Na revisão de literatura de Linke e Jarema (2014) é referido que existem diferentes tipos de programas de RC de acordo com o objetivo a atingir, podendo ser programas mais focados nos níveis básicos ou avançados das funções neuro cognitivas, na cognição social ou na cognição emocional, ou ainda intervenções que combinem múltiplos fatores. Assim,

existem Treinos Neuro Cognitivos, Treinos de Cognição Social, Treinos de Percepção Emocional (sendo este um treino mais específico dentro da Cognição Social) e Treinos Combinados. Nos Treinos Neuro Cognitivos estimulam-se as dificuldades de atenção e memória, a diminuição da velocidade de processamento, as dificuldades de raciocínio e resolução de problemas, de planeamento bem como outras funções. Os Treinos de Cognição Social destinam-se a promover o processamento de informação social que permite dar uma resposta socialmente adequada em diferentes situações, inserindo-se o Treino de Percepção Emocional, onde se trabalha a identificação de diferentes emoções e a sua correspondência a diferentes estados mentais. Já o Treino Combinado refere-se à combinação das diferentes formas de remediação cognitiva mencionadas, ou destas com outras intervenções (e.g. emprego apoiado).

A meta-análise de Wykes, Huddy, Cellard, McGurk e Czobor (2011) teve como objetivo perceber os efeitos da remediação cognitiva, analisando 40 estudos. Percebe-se que 38 estudos indicam uma melhoria nos processos cognitivos globais, pelo que 2 estudos apenas apresentam resultados positivos para a funcionalidade dos indivíduos. Além disso, as melhorias para os processos cognitivos globais foram duradouras em 11 estudos. Relativamente à funcionalidade, é indicado que os efeitos são positivos mesmo no *follow-up*. Contrariamente, a remediação cognitiva teve efeitos significativos nos sintomas após a intervenção, mas no *follow-up* estes não se verificaram. Os autores concluíram que a remediação cognitiva tem efeitos pequenos a moderados na cognição e funcionalidade dos indivíduos, pelo que esta última é enfatizada quando combinada com reabilitação psiquiátrica.

1.5. Contributo da Intervenção Psicomotora em Saúde Mental

Segundo Albaret, Corraze, Soppelsa e Ledoux Golly (2012), um transtorno psicomotor pode ter uma comorbilidade ou uma associação (como um efeito secundário) com um transtorno psiquiátrico. Nos últimos 10 anos tem existido literatura, científica e não científica, que se foca na importância do movimento e da atividade física nas perturbações mentais (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010; Vancampfort, Knapen, Probst & Hert, 2011).

A Psicomotricidade em Saúde Mental para adultos (e idosos) tem um carácter preventivo e terapêutico, dirigindo a perturbações psicopatológicas como as Perturbações Psicóticas, onde se inclui a Esquizofrenia, Perturbações da Ansiedade, Perturbações do Humor, Perturbações do Comportamento Alimentar, Perturbações Somatoformes, Problemas

Psicomotores Específicos e Perturbações do Esquema e Imagem Corporal. Neste âmbito, utilizam-se técnicas de relaxação e terapias expressivas, por forma a reduzir os sintomas corporais associados à problemática permitindo aos indivíduos a gestão e estruturação das suas emoções. As técnicas gnoso-práticas também são recorridas com o intuito de promoverem capacidades de memória, atenção e funções executivas (APP, n.d.).

Maximiano (2006) realça que não se deve utilizar apenas uma técnica de relaxação ou expressiva, na medida em que estas são direcionadas para que o indivíduo obtenha uma melhor perceção do seu corpo bem como no estabelecimento de relações entre este e as suas emoções. Além disso, as técnicas utilizadas dependerão das características do sujeito e dos objetivos estipulados para a intervenção.

Relativamente à intervenção psicomotora e ao indivíduo com Esquizofrenia, é através de atividades com base no movimento que se promovem as capacidades físicas, psicomotoras, sociais e de comunicação verbal e não verbal bem como se estrutura o comportamento (Probst, Herdt & Vancamfot, 2012). Assim, Probst et al. (2010) distinguiram a intervenção psicomotora orientada para a ação ou orientada para a experiência consoante a finalidade da intervenção, relacionando-se com o modelo instrumental e relacional de Martins (2001).

Numa perspetiva orientada para a ação, esta foca-se em diversos aspetos tanto a nível mental e físico como de desenvolvimento pessoal, mais concretamente: motricidade grossa e fina, coordenação óculo-manual e óculo-podal, tempo e espaço, equilíbrio, perceção, atenção, interação com os materiais, reconhecimento do estímulo, supressão da passividade, alteração do comportamento, tarefas orientadas para um objetivo, incremento do comportamento social, aprender a colaborar, aprender a lidar com emoções, a aceitar responsabilidades e a ser empático, conseguir relaxar e adquirir uma boa condição física (Probst et al., 2010).

Já de um ponto de vista da intervenção psicomotora orientada para a experiência, esta incide sobre o confronto com as emoções e os pensamentos negativos que poderão surgir quando os indivíduos experienciam uma atividade corporal ou atividade física. Noutros modos, é uma abordagem de reflexão de temas como: expressão e regulação de emoções, resistência à frustração, diminuição do comportamento impulsivo, melhoria da orientação para a realidade, aumento da interação social, saber ter limites, autoconfiança, melhoria do autoconhecimento e da autoimagem, saber lidar com o medo e com o erro, desenvolver

a autorreflexão, explorar situações emocionais e sociais reais e conseguir analisar conflitos psíquicos conscientes (Probst et al., 2010).

No estudo de Röhricht, Papadopoulos, Holden, Clarke e Priebe (2011) realizaram-se 20 sessões durante 10 semanas de Psicoterapia Corporal, com base num manual que foi adaptado para a intervenção. O manual inclui: técnicas de comunicação não verbal; reorientação da consciencialização emocional e cognitiva através do corpo (realidade física, coordenação e orientação no espaço); atividade de estimulação e responsividade emocional; promoção da exploração das próprias capacidades, através da utilização do corpo como forma de criatividade, prazer, autoexpressão e confiabilidade; modificação da auto percepção disfuncional; e trabalho em características psicopatológicas típicas, como perda de noção dos limites e perturbações do esquema corporal. Os sintomas negativos e a psicopatologia diminuíram significativamente após a intervenção.

Já o estudo de Lee, Jang, Lee e Hwang (2015) teve como objetivo verificar os efeitos que a Terapia de Dança e Movimento têm no afeto e nos sintomas psicóticos de indivíduos com Perturbação Esquizofrénica. Assim, 18 indivíduos receberam esta terapia aliada ao tratamento médico e 20 indivíduos (grupo de controlo) tiveram apenas o tratamento médico. A intervenção baseou-se em sessões de 60 minutos uma vez por semana, durante 12 semanas consecutivas, pelo que existiram três etapas: a etapa de auto percepção, a etapa de perceber o outro e a etapa de melhorar a sociabilização. Obteve-se como resultados a diminuição de estado de agressividade e depressão bem como aumento do controlo da agressividade após a intervenção, em comparação ao grupo de controlo. Os sintomas psicóticos negativos também diminuíram significativamente após o tratamento relativamente ao grupo de controlo.

No estudo de Chen et al. (2009) para estudar os efeitos da relaxação progressiva em indivíduos com Esquizofrenia aguda foram formados dois grupos, um que recebeu 11 sessões consecutivas durante 40 minutos e outro ao qual foi dada uma intervenção placebo, que consistiu em ficarem confortavelmente sentados e quietos numa cadeira ao mesmo tempo que o outro grupo. Os resultados demonstraram que existiu uma redução do estado de ansiedade em ambos os grupos após cada sessão, sendo esta mais significativa no grupo que realizou relaxação progressiva. No *follow-up* passado 1 semana esta redução ainda se manteve, no entanto, já existia uma tendência para a ansiedade aumentar.

Sintetizando a pesquisa realizada, percebe-se que a saúde mental tem sido um tema abordado a nível Mundial ao longo dos anos, existindo uma preocupação por parte de diversas entidades no que respeita à intervenção nas Perturbações Mentais. Esta intervenção engloba um conjunto de modelos e metodologias que poderão contribuir para o bem-estar e funcionalidade dos indivíduos. No que respeita a intervenção na Esquizofrenia, tendo em conta as características da perturbação que afetam os indivíduos a nível social, cognitivo e psicomotor, revela-se importante incidir nestas áreas. O TCS e a RC são terapias bastante utilizadas nesta população, verificando-se que a Psicomotricidade é uma terapia pouco abordada. No entanto, pode-se concluir através da pesquisa realizada que a intervenção psicomotora pode dar contributo em saúde mental, e em particular na Esquizofrenia.

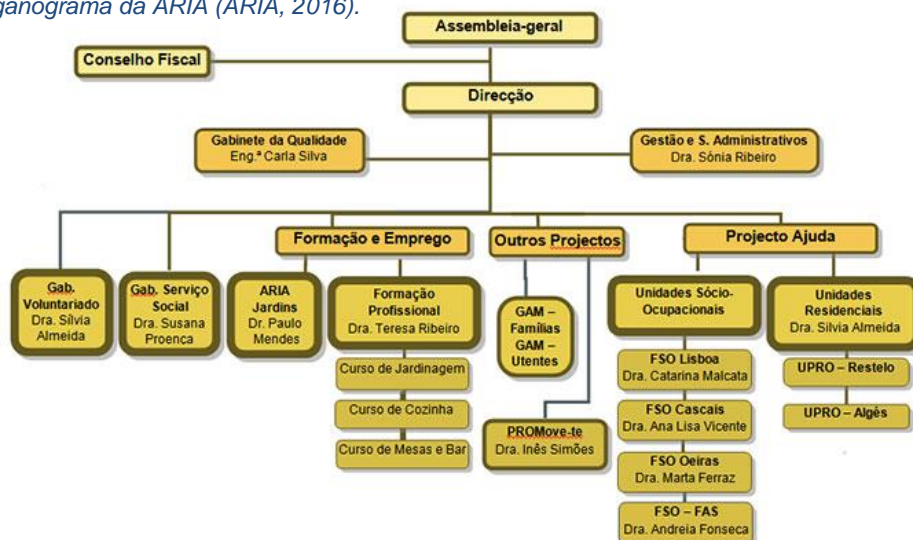
2. Enquadramento Institucional

2.1. Caracterização da Instituição

A ARIA foi criada no ano de 1991, por um grupo de técnicos do Hospital São Francisco Xavier, tendo-se expandido desde então. É caracterizada como uma IPSS sem fins lucrativos, para pessoas com problemas de saúde mental em desvantagem psicossocial. Assim, tem como missão ajudá-las a adquirir os recursos necessários para a sua reabilitação psicossocial e integração socioprofissional (ARIA, 2016).

Para assumir a sua missão, existem diversos órgãos com diferentes papéis, estando representados no Organograma abaixo (figura 1). Pode-se observar no mesmo que existem várias respostas sociais: Gabinete de Serviço Social, ARIA Jardins, Formação Profissional, Unidades Sócio Ocupacionais e Unidades Residenciais.

Figura 1 - Organograma da ARIA (ARIA, 2016).



Para além disso, a ARIA é composta por uma equipa técnica diversificada e com técnicos especializados (ARIA, 2016).

Como já foi mencionado, o estágio desenvolveu-se no FSO de Lisboa e no FAS, que fazem parte das Unidades Sócio Ocupacionais do Projeto Ajuda. Nestas Unidades realizam-se diversas atividades diárias para promover a autonomia e qualidade de vida dos indivíduos, através da construção de Projetos de Vida, da adesão a um plano terapêutico, do apoio às famílias e da integração e sensibilização da comunidade (ARIA, 2016).

A atividades desenvolvidas tanto no FSO de Lisboa como no FAS fazem parte de diversas áreas de intervenção: clínica/terapêutica, funcional, relacional, sociocultural e ocupacional (ARIA, 2016). Ao longo do estágio, o papel da estagiária enquadrou-se em todas as áreas, sendo o enfoque na área clínica/terapêutica com as atividades de “Psicomotricidade” e “Adaptação ao Meio Aquático”, e na área relacional com o “Faz Por Ti” (Treino de Competências Sociais).

Para uma melhor compreensão do enquadramento institucional, descreve-se mais especificamente o FSO de Lisboa e o FAS.

- **Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa**

O FSO de Lisboa destina-se a pessoas com idades entre os 16 e os 50 anos, com um grau de autonomia moderado e com o principal objetivo de se integrarem socio-profissionalmente (ARIA, 2016).

Localiza-se na Quinta do Cabrinha em Alcântara, Lisboa, tendo sido realizada em 1999 a assinatura do acordo de cooperação com a ISSS para o Projeto Ajuda neste âmbito. O horário de funcionamento é das 9h00 às 17h00 (ARIA, 2016).

A equipa técnica do FSO de Lisboa é composta pela Diretora Técnica e Psicopedagoga Ana Catarina Malcata, a Psicóloga Mónica Mateus, a Psicomotricista Mafalda Príncipe e a Animadora Sociocultural Teresa Almeida. Para além das referidas técnicas, existem ainda outros colaboradores para lecionar atividades relacionadas com línguas e artes.

O programa de atividades do ano 2015/2016 foi composto pelas atividades de “Psicomotricidade”, “Adaptação ao Meio Aquático”, “Língua Portuguesa”, “Inglês”, “Artes Plásticas”, “Artes Decorativas”, “Yoga”, “Biodança”, “Economia Doméstica”, “Remediação Cognitiva/Psicoestimulação”, “Música”, “A Nossa Escolha”, “Educação Sexual e Saúde

Mental”, “Atividades de Vida Diária”, “Desenvolvimento Pessoal”, uma reunião de grupo entre a equipa técnica e os utentes e uma reunião de equipa.

- **Fórum de Apoio Social**

O FAS destina-se a pessoas com idades entre os 18 e os 65 anos, com grau de autonomia reduzido, sendo por isso o objetivo principal a integração socio-ocupacional (ARIA, 2016).

Para além de Unidade Sócio Ocupacional, é o local de sede da ARIA. Situa-se na Praça de Goa, no Restelo, Lisboa, com horário de funcionamento igual ao FSO (ARIA, 2016).

Relativamente à equipa técnica, esta é formada pela Diretora Técnica e Psicóloga Andreia Fonseca, a Terapeuta Ocupacional Cristina Benigno, o Psicomotricista Nelson Amaral e as Animadoras Socioculturais Carla e Teresa Almeida. Também existem outros colaboradores externos encarregues de algumas atividades (ARIA, 2016).

O programa de atividades no ano 2015/2016 consistiu nas atividades de “Relaxamento”, “Psicomotricidade”, “Adaptação ao Meio Aquático”, “Inglês”, “FAS Maravilhas”, “Faz de Conta”, “Faz Por Ti”, “Debate de Grupo”, “A Nossa Escolha”, “Quizz”, “Remediação Cognitiva”, “Música” e uma reunião de grupo entre a equipa técnica e os utentes e uma reunião de equipa.

Em ambas as Unidades Sócio Ocupacionais as relações estabelecidas por parte da estagiária não se restringiram apenas aos clientes, mas também abrangeram a equipa técnica e a comunidade. Além disso, os próprios Fóruns estabelecem relações com a comunidade, sendo de extrema importância para o seu funcionamento. Para mais detalhes, abordam-se estas relações de seguida.

- **Relação com a Equipa Técnica**

Ao longo de todo o período de realização do estágio existiu uma relação entre a estagiária e a equipa técnica.

Em primeiro lugar, a estagiária comunicava todas as semanas com os orientadores locais, a Psicomotricista Mafalda Príncipe e o Psicomotricista Nelson Amaral, que em reuniões informais davam sugestões e *feedback* (no caso da intervenção com acompanhamento por parte do Psicomotricista Nelson Amaral), esclareciam dúvidas, informavam acerca de eventos do FSO de Lisboa/FAS e forneciam recursos necessários para aprofundar o conhecimento tanto do funcionamento dos Fóruns como dos clientes.

Em segundo lugar, os técnicos que não os orientadores locais, existentes em ambos os Fóruns, demonstraram-se igualmente disponíveis para o esclarecimento de dúvidas e partilha de informações, existindo também atividades em que a estagiária participava e interagia com o técnico responsável pelo desenvolvimento da mesma. Além disso, a participação nas reuniões de grupo no caso do FSO de Lisboa permitiu que existisse uma comunicação entre a sua equipa técnica e a estagiária.

De realçar que a relação com as equipas técnicas era recíproca, na medida em que estas estiveram disponíveis para ajudar, mas também para serem apoiadas e receberem sugestões por parte da estagiária, sendo uma relação positiva para o percurso desta.

- **Relação com a Comunidade**

No que respeita à relação com a Comunidade, a maior parte das atividades desenvolvidas pela estagiária realizaram-se em espaços externos, sendo uma das ideologias da Reabilitação Psicossocial que está na base do funcionamento das Unidades Sócio Ocupacionais.

O FSO de Lisboa e o FAS recorrem a técnicos externos para o desenvolvimento de algumas atividades, contribuindo para a relação com a comunidade.

Também se estabeleceram parcerias e colaborações com entidades e voluntários, que tanto apoiam o funcionamento dos Fóruns como a realização de atividades lúdicas e culturais em diversos eventos ao longo do ano.

III. Realização da Prática Profissional

1. Descrição e Organização da Prática Profissional

O presente estágio curricular teve início a 7 de Outubro de 2015 e término a 25 de Maio de 2016, tendo uma duração aproximada de 8 meses.

O estágio foi realizado em dois Fóruns da ARIA, o Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa (FSO) e o Fórum de Apoio Social no Restelo (FAS) permitindo deste modo uma experiência mais diversificada no âmbito da intervenção psicossocial em saúde mental.

No FSO a estagiária observou numa primeira fase as atividades semanais desenvolvidas, participou nas reuniões de grupo, realizou a intervenção nas atividades de “Psicomotricidade” e “Adaptação ao Meio Aquático” bem como uma intervenção individual, acompanhou os clientes na atividade de “Yoga” e no retorno desta para o FSO bem como

noutras atividades complementares, e desenvolveu atividades na ausência de algum técnico. No FSO também existiu um tempo de gestão do estágio, que a estagiária utilizou para planejar as sessões, imprimir material necessário e organizar documentos de avaliação e registo de observações.

No FAS também se observaram as atividades semanais, realizou-se intervenção nas atividades de “Psicomotricidade”, “Faz por Ti” e “Relaxamento”, observou-se e auxiliou-se na atividade de “Faz Maravilhas”, deu-se apoio nos almoços e acompanhou-se os clientes em atividades complementares. É de realçar que a atividade “Relaxamento” não será descrita no presente relatório como atividade de intervenção do estágio curricular, tendo sido apenas uma experiência complementar para a estagiária.

Como foi referido acima, numa fase inicial existiu um período de observação do funcionamento dos Fóruns, sendo realizada em ambos os locais durante uma semana. No FSO, a observação realizou-se na semana de 5 a 9 de Outubro e no FAS na de 12 a 16 de Outubro. Nesta fase, a estagiária realizou observação participada com os clientes nas atividades semanais propostas pelos diversos técnicos.

Posteriormente às semanas de observação, estipulou-se o horário de estágio em conjunto com os dois orientadores, que está apresentado abaixo (Tabela 1). A partir desta fase, existiu um período de observação participada unicamente nas atividades destinadas a serem desenvolvidas pela estagiária, que dependeu tanto da atividade como do Fórum. Deste modo, após a observação participada a estagiária realizou a sua intervenção, existindo avaliação inicial, planeamento e desenvolvimento das sessões e registo do decorrer de cada sessão e avaliação final.

É de realçar que todas as atividades de grupo mencionadas são sessões abertas, pelo que o número de indivíduos bem como os próprios são variáveis de sessão para sessão.

Tabela 1 - Horário de estágio.

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Reunião de Grupo 10h-11h/11h40-12h40 ²	Yoga 9h30-10h30	Adaptação ao Meio Aquático 9h30-10h15	Faz Por Ti 1º Grupo 10h-11h	Psicomotricidade 10h-12h
Tempo de Gestão do Estágio 11h-12h30/9h30-11h40	Estimulação Cognitiva/Remediação Cognitiva ou Tempo de Gestão do Estágio 11h30-12h30	Psicomotricidade 11h-12h	Faz Por Ti 2º Grupo 11h15-12h15	
		Almoço 13h30-14h30	Ajuda nos almoços 12h15-13h	Ajuda nos almoços 12h15-13h
		Acompanhamento com F.S 14h30-15h30	Almoço 13h-14h	Almoço 13-14h
			Faz Maravilhas 14h-16h	Relaxamento 14h-16h

De modo a promover uma melhor compreensão das diferentes atividades dadas pela estagiária, segue-se uma descrição sistematizada e calendarização de cada uma delas, iniciando-se pelas do FSO, “Psicomotricidade”, “Adaptação ao Meio Aquático” e Acompanhamento Individual, e finalizando-se com as do FAS, “Psicomotricidade” e “Faz por Ti”.

- **Psicomotricidade no FSO**

A “Psicomotricidade” do FSO é realizada pela Psicomotricista Mafalda Príncipe e tem como principais objetivos a promoção de competências pessoais, sociais e afetivas através de atividades lúdicas e com a ação do próprio indivíduo, permitindo a vivência e reflexão do que foi experienciado com o movimento e o corpo.

Esta atividade iniciou-se a 7 de Outubro de 2015 e terminou a 25 de Maio de 2016, estando as diferentes etapas de intervenção especificadas nas tabelas abaixo (Tabela 2). Como se pode observar na mesma, estavam previstas 30 sessões, excluindo já o período de férias,

² Como a partir do dia 15 de Fevereiro de 2016 iniciou-se a atividade “Português” às Segundas-Feiras, das 9h30 às 11h30, a “Reunião de Grupo” alterou-se para as 11h40 neste dia e o “Tempo de Gestão do Estágio” para o horário da atividade de “Português”.

tendo sido realizadas 27 sessões. Nesta atividade, a estagiária teve a possibilidade de ter uma intervenção independente sem a presença da técnica responsável.

Tabela 2 - Cronograma da intervenção da atividade "Psicomotricidade" no FSO.

Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
7	4	2	6	3	2	6	4
21	11	9	13	10	9	13	10
28	18	16	20	17	16	20	11
	25	23	27	24	23	27	18
		30			30		25
Período de observação							
Avaliações							
Intervenção com presença da Psicomotricista Mafalda Príncipe							
Intervenção independente por parte da estagiária							
Interrupções letivas ou inexistência da atividade neste dia							

○ Contexto de Intervenção

As sessões decorreram numa sala pertencente ao Atlético Clube de Portugal em Alcântara, Lisboa, sendo uma localização próxima do FSO. Esta sala era ampla, com bastante luminosidade devido à existência de uma janela grande numa das paredes. Por este motivo, às vezes a sala aqueceu bastante e os clientes sentiram-se com calor, o que por vezes foi um fator de desmotivação para a realização das atividades. Era composta por duas divisões, uma com diversas cadeiras e outra revestida por um tapete de esponja e um espelho que cobre uma das paredes. Esta última divisão foi utilizada para realizar as atividades, tendo sido necessário que os indivíduos se descalçassem. A sala apenas tinha como materiais algumas bolas, pelo que os materiais utilizados foram trazidos do FSO ou construídos pela estagiária.

A intervenção foi grupal tendo o número de indivíduos por sessão variado entre os 3 e os 11 indivíduos. Descreve-se o grupo seguidamente.

○ Caracterização do Grupo

Como foi referido acima, o número de indivíduos variou por sessão, pelo que existiram elementos que foram a todas ou quase todas as sessões e outros que foram apenas a algumas, variando assim tanto no número como nos próprios indivíduos. Assim, no total participaram 16 indivíduos na atividade de "Psicomotricidade". No entanto, como existiram elementos que saíram do FSO, não foram assíduos ou deram entrada no FSO mais tarde, selecionaram-se apenas 8 indivíduos para a avaliação, sendo 5 do género masculino e 3 do género feminino, variando as idades entre os 20 e os 55 anos. A maior parte dos indivíduos tem como diagnóstico uma Perturbação Esquizofrénica, existindo outros

diagnósticos como Hebefrenia, Perturbação Obsessivo-Compulsiva ou Perturbação Bipolar.

- **Adaptação ao Meio Aquático no FSO**

A “Adaptação ao Meio Aquático”, como o próprio nome indica, é uma atividade desenvolvida no meio aquático com os objetivos de incrementar a familiarização com este meio e desenvolver habilidades de adaptação ao mesmo que permitam a aprendizagem da natação e a promoção da socialização, interajuda e cooperação entre os elementos do grupo. Num âmbito mais técnico, é um dos objetivos a promoção e desenvolvimento de duas técnicas de nado. As sessões são desenvolvidas pela Psicomotricista Mafalda Príncipe.

Esta atividade começou a 7 de Outubro de 2015 e teve fim a 11 de Maio de 2015. Como se pode observar nas tabelas abaixo (Tabela 3), estavam previstas 30 sessões, tendo sido realizadas 23. Após o período de observação a estagiária começou a realizar as sessões de forma autónoma, existindo dois dias durante este período em que a estagiária realizou sessões devido a imprevistos da Psicomotricista Mafalda Príncipe, nomeadamente 25 de Novembro de 2015 e 2 de Dezembro de 2015. Para além disto, é de realçar que a estagiária e a Psicomotricista Patrícia Baptista começaram a dar a atividade em conjunto a partir do dia 27 de Janeiro de 2016, ficando cada uma responsável pelas sessões intervaladamente. No entanto, devido a imprevistos, por vezes a Psicomotricista Patrícia não pôde dar a sessão pela qual era responsável, sendo a estagiária a substituir.

Como nesta atividade as avaliações foram feitas através da observação, as sessões de 7 de Outubro a 9 de Dezembro de 2015 foram essenciais para o preenchimento da *Checklist de Observação em Meio Aquático*, bem como as sessões de 25 de Novembro e 2 de Dezembro de 2015 realizadas pela estagiária.

Tabela 3 - Cronograma da intervenção da atividade "Adaptação ao Meio Aquático" no FSO.

Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
7	4	2	6	3	2	6	4
21	11	9	13	10	9	13	11
28	18	16	20	17	16	20	18
	25	23	27 ³	24	23	27	25
		30			30		
Período de observação							
Avaliações							
Intervenção com presença da Psicomotricista Mafalda Príncipe							
Intervenção independente por parte da estagiária							

³ A Psicomotricista Patrícia Baptista começou o período de observação.

Interrupções letivas ou inexistência da atividade neste dia
Sessão realizada pela Psicomotricista Patrícia Baptista

○ **Contexto de Intervenção**

A atividade de “Adaptação ao Meio Aquático” teve lugar na Piscina do Alvito do Atlético Clube de Portugal, localizando-se na mesma estrutura que a atividade de Psicomotricidade. As sessões decorreram num tanque de competição com 25mx12,5m e profundidade variável entre 1,20m a 1,60m. Este tanque era composto por 6 pistas, pelo que as sessões foram realizadas numa das pistas junto da borda do mesmo, possibilitando que a estagiária interagisse de forma eficaz com o grupo. O espaço era amplo, luminoso, quente e bastante húmido. Também era composto por mais um tanque de aprendizagem, no qual habitualmente existiam aulas com crianças ao mesmo tempo que as sessões.

A intervenção foi grupal tendo o número de indivíduos por sessão variado entre os 4 e os 9 indivíduos.

○ **Caracterização do Grupo**

Tal como na atividade de “Psicomotricidade”, tanto o número de indivíduos como os próprios variaram de sessão para sessão. Assim, existiu um total de 13 indivíduos que participaram na atividade da “AMA”. No entanto, selecionou-se para a avaliação aqueles que foram mais assíduos, reduzindo-se para 8 indivíduos, 5 do género masculino e 3 do género feminino. A maior parte dos indivíduos tinha como diagnóstico uma Perturbação Esquizofrénica, existindo outros diagnósticos como Hebefrenia ou Perturbação Bipolar.

O grupo revelou-se bastante heterogéneo nesta atividade, na medida em que existiram indivíduos com experiência anterior em meio aquático, demonstrando-se autónomos, e indivíduos que não sabiam nadar pois não tinham adquiridas as competências básicas para se adaptarem a este meio.

● **Acompanhamento F.S no FSO**

Numa reunião com a Psicomotricista Mafalda Príncipe esta achou pertinente acompanhar a utente F.S, devido a problemáticas verbalizadas pela própria cliente em reuniões, definindo-se como pontos fulcrais da intervenção a promoção da autonomia a nível de cuidados pessoais e da sua autoestima. No entanto, deu autonomia à estagiária para identificar e definir outros objetivos importantes e realizar sessões no formato que

desejasse. Neste caso a estagiária realizou sempre as sessões autonomamente sem presença de algum técnico.

Este acompanhamento individual iniciou-se a 20 de Janeiro e teve fim a 16 de Maio de 2016. Como se verifica na tabela 4, estavam previstas 19 sessões, tendo-se realizado 12.

Tabela 4 - Cronograma da intervenção do Acompanhamento Individual no FSO.

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
20	3	2	6	4
27	10	9	13	9
	17	15	20	16
	24	23	27	25
		30		
Período de observação				
Avaliações				
Intervenção independente por parte da estagiária				
Interrupções letivas ou inexistência da atividade neste dia				

○ Contexto de Intervenção

As sessões com a F.S decorreram numa pequena sala do FSO, constituída por uma mesa redonda com cadeiras, uma mesa com 2 computadores fixos e um armário com alguns materiais, que foram utilizados em algumas atividades. A intervenção foi realizada em geral na mesa existente, para as atividades com auxílio do computador da estagiária. A sala também tinha um pequeno espaço quadrado vazio, sendo utilizado para realizar atividades de carácter motor.

○ Caracterização da F.S

A F.S tinha 25 anos de idade, era solteira e natural de Lisboa.

Estudou até ao 9º ano de escolaridade, tendo ainda frequentado o 10º ano de escolaridade no curso de “Empregado Administrativo”. Nunca teve nenhum emprego. O suporte financeiro é assegurado pela pensão de invalidez.

Vivia com os seus pais em Lisboa, sendo também o seu suporte financeiro. O seu pai tinha 71 anos de idade e a sua mãe 62 anos, ambos naturais da Índia. Era filha única.

Tinha alguma autonomia na sua higiene e tratamento pessoal, na deslocação, nas tarefas domésticas e na gestão do seu dinheiro. No entanto, existiam tarefas que a F.S não realiza dado que os seus pais as realizam por ela.

Aos 13 anos a F.S teve uma depressão, pelo que desde esse momento que tomava medicação regularmente. Nessa fase, foi diagnosticada com Perturbação Esquizofrénica Paranóide. Tomava como medicação diária Akineton®, Depakine®, Clozapina, Xeplion® e injeção intramuscular uma vez por mês. Nunca foi internada. Tinha dificuldades a nível visual (Estrabismo, Miopia e Estigmatismo) utilizando óculos desde os 2 anos de idade.

A F.S considou ter amigos e um grupo de amigos fixos, realizando por vezes atividades com os mesmos. Nunca estabeleceu nenhuma relação amorosa. Na adolescência sofreu de *bullying* psicológico. Quando necessitava de apoio recorria ao seu pai, que de acordo com a F.S a protegia demais e fazia as suas vontades, ao contrário da sua mãe. Era social, manifestando por vezes alguma desadequação nas interações sociais (por exemplo, indicou que por vezes faz questões desadequadas às pessoas com quem está).

Tinha uma boa relação emocional com os seus pais, tendo destacado pela positiva a relação com o pai bem como a com os seus colegas e amigos. Considerou ser uma pessoa carente, que lidava mais ou menos com a frustração, manifestando por vezes desobediência.

- **Psicomotricidade no FAS**

A “Psicomotricidade” no FAS é desenvolvida pelo Psicomotricista Nelson Amaral e tem como principal finalidade a promoção dos fatores psicomotores, a melhoria da funcionalidade motora e a promoção da cooperação, interajuda e de um clima positivo entre o grupo.

Iniciou-se a 16 de Outubro de 2015 e terminou a 27 de Maio de 2016, estando as diferentes etapas de intervenção especificadas nas tabelas abaixo (Tabelas 5). Como se pode observar na mesma, estavam previstas 31 sessões, excluindo já o período de férias, tendo sido realizadas 27 sessões. Nas sessões de 13 e 20 de Novembro de 2015 iniciou-se a intervenção por parte da estagiária realizando-se apenas o aquecimento e o retorno à calma, planeando e realizando posteriormente as sessões completas. Apesar de o planeamento ser realizado autonomamente pela estagiária, o Psicomotricista Nelson Amaral esteve presente nas sessões, existindo momentos em que também interagiu e participou nas atividades.

Tabela 5 - Cronograma da intervenção da atividade "Psicomotricidade" no FSO.

Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
16	6	4	8	5	4	1	6
23	13	11	15	12	11	8	13
30	20	18	22	19	18	15	20
	27	25	29	26	25	22	27
		1			30	29	
Período de observação							
Avaliações							
Intervenção com presença do Psicomotricista Nelson Amaral							
Interrupções letivas ou inexistência da atividade neste dia							

○ Contexto de Intervenção

A maior parte das sessões decorreram numa sala pertencente ao Centro Paroquial de Belém, Lisboa, sendo este espaço próximo do FAS. No entanto, os clientes para se deslocarem até lá partiram sempre do FAS, acompanhados pela estagiária e pelo Psicomotricista Nelson, inicialmente de transportes públicos e posteriormente na carrinha da ARIA.

O espaço era amplo e luminoso, tendo diversas janelas numa das paredes. Numa parte da sala o chão tinha um tapete antiderrapante, no qual se realizaram as atividades dinâmicas de grupo, por questões de segurança, já que o grupo tinha que se descalçar. A zona sem tapete por ser maior foi utilizada para realizar os circuitos ou atividades com recurso a vários materiais. O Centro Paroquial de Belém disponibilizou a maior parte dos materiais utilizados.

Existiram duas sessões que foram realizadas no Pavilhão Gimnodesportivo Gaspar Passos de Almeida da Liga de Algés, localizado em Algés, Lisboa. Era um espaço grande, pouco luminoso, onde existam balneários, bancadas e um ringue, no qual decorreram as atividades. Neste espaço, os clientes não necessitaram de se descalçar. As deslocções para este espaço também tiveram como ponto de partida o FAS tendo sido utilizada a carrinha da ARIA. Neste espaço o material disponível utilizado foi apenas a baliza de futebol, pelo que o restante era trazido do FAS.

A intervenção foi grupal, tendo o número de indivíduos por sessão variado entre os 5 e os 11 indivíduos.

- **Caracterização do Grupo**

Nesta atividade o grupo foi menos variável em comparação ao grupo do FSO. No entanto, também existiram indivíduos que participaram ocasionalmente em algumas sessões. Assim, no total participaram 20 indivíduos na atividade de Psicomotricidade.

No entanto, selecionaram-se apenas para avaliação alguns dos indivíduos mais assíduos, para facilitar a realização do presente relatório já que para além de participarem mais indivíduos nesta atividade, existiram mais grupos avaliados para o presente relatório.

Deste modo, o grupo de intervenção foi constituído por 5 indivíduos, 3 do género masculino e 2 do género feminino. As idades variaram entre os 48 e os 59 anos. Dois indivíduos tinham como diagnóstico Esquizofrenia Paranoide, sendo os restantes Psicose Esquizofrénica, Perturbação Delirante e Esquizofrenia Catatónica. Considerou-se o grupo heterogéneo tanto a nível cognitivo como motor.

- **Faz Por Ti no FAS**

O “Faz Por Ti” é uma atividade de treino de competências sociais, anteriormente conduzida através de um programa específico de treino de competências sociais, no entanto atualmente as sessões não fazem parte de nenhum programa já desenvolvido sendo promovidas através de atividades diversificadas, realizadas pelo Psicomotricista Nelson Amaral. Esta atividade objetiva a (re)adquirição de competências sociais, a promoção de relações sociais satisfatórias e a ajuda na criação e/ou alargamento de uma rede social de suporte.

Começou a 15 de Outubro de 2015 e terminou a 19 de Maio de 2016. Como se verifica na tabela 6, a intervenção por parte da estagiária iniciou-se a partir de 5 de Novembro de 2015, estando sempre presente o Psicomotricista Nelson, que também poderia interagir e participar nas atividades. Em 30 sessões previstas, foram realizadas 26 sessões, excluindo já o período de férias.

Para esta atividade os técnicos do FAS distribuíram os indivíduos por dois grupos, de acordo com o maior ou menor grau de autonomia (e.g. capacidade de compreensão da instrução, capacidade de reflexão) e consoante as competências sociais já adquiridas. Numa fase inicial da intervenção a estagiária realizou sessões apenas com um grupo por semana, alternando-se o mesmo de semana a semana. Tem-se como dias excecionais 5 e 26 de Novembro de 2015, devido à ausência do Psicomotricista Nelson, tendo sido neste caso a Diretora Técnica Andreia Fonseca a observar as sessões em questão. A partir do

dia 17 de Dezembro de 2015, inclusive, a estagiária planeou e realizou as sessões para os dois grupos. A avaliação realizou-se nos dias 11 e 18 de Dezembro de 2015, fora do horário da atividade.

Tabela 6 - Cronograma da intervenção da atividade "Faz Por Ti" no FAS.

Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
15	5 (dois grupos) ⁴	3 (2º grupo)	7	4	3	7	5
22	12	10 (1º grupo)	14	11	10	14	12 ⁵
29	19 (1º grupo)	17 (dois grupos)	21	18	17	21	19 ⁶
	26 (dois grupos) ⁷	24	28	25	24	28	26
		31			31		
Período de observação							
Avaliações							
Intervenção com presença do Psicomotricista Nelson Amaral							
Interrupções letivas ou inexistência da atividade neste dia							

○ Contexto de Intervenção

As sessões foram realizadas na sala das Borboletas nas instalações do FAS, constituída por uma mesa longa com cadeiras, armários e um quadro de escrever com marcadores. No Inverno a sala era fria, tendo sido possível utilizar um aquecedor.

A intervenção foi grupal, pelo que o número de indivíduos por sessão variou no primeiro grupo entre os 5 e os 10 e no segundo entre os 6 e os 9.

○ Caracterização dos Grupos

Como já foi referido, nesta atividade existiram dois grupos de intervenção.

O primeiro grupo foi o que apresentou mais dificuldades ao nível cognitivo e das competências sociais. Neste participaram um total de 11 indivíduos, pelo que para a avaliação foram selecionados 6, de acordo com a sua assiduidade. Existiram 3 indivíduos do género masculino e 3 do género feminino, com idades entre os 32 e os 53 anos. Como diagnósticos tem-se Esquizofrenia Paranoide, Perturbação Delirante, Oligofrenia Leve com

⁴ Devido à ausência do Psicomotricista Nelson Amaral, a Diretora Técnica Andreia Fonseca observou a sessão.

⁵ A avaliação final foi realizada neste dia fora do horário da atividade de Faz por Ti.

⁶ A avaliação final foi realizada neste dia fora do horário da atividade de Faz por Ti.

⁷ Devido à ausência do Psicomotricista Nelson Amaral, a Diretora Técnica Andreia Fonseca observou a sessão.

Perturbação *Borderline*, Esquizofrenia Catatónica e Atraso de Desenvolvimento com Dificuldades de Aprendizagem.

No segundo grupo o número total de indivíduos que participou no “Faz por Ti” foi de 13 indivíduos. No entanto pelo mesmo motivo que o primeiro grupo, selecionaram-se apenas 5 indivíduos. Neste grupo de intervenção eram todos do género masculino, com idades entre os 44 e os 59 anos. Os diagnósticos também foram variáveis: Esquizofrenia, Perturbação Esquizofrénica, Esquizofrenia Paranoide e Esquizofrenia com Dependência Alcoólica.

2. Descrição do Processo de Intervenção

A intervenção direta por parte da estagiária iniciou-se no momento de avaliação inicial em cada atividade. Deste modo, neste tópico será descrito mais especificamente este processo de intervenção, com os seguintes subtópicos para cada atividade:

- Avaliação: onde será descrita a metodologia de avaliação, ou seja, os instrumentos de avaliação utilizados, as condições da sua aplicação e a justificação da sua utilização, bem como os resultados da avaliação inicial.
- Plano de intervenção: no qual se apresentam os objetivos de intervenção propostos pela estagiária, a sessão-tipo e uma descrição geral das atividades desenvolvidas;
- Apresentação e discussão dos resultados da intervenção: onde se comparam e analisam os resultados da avaliação inicial com os da avaliação final;
- Dificuldades e Limitações: no qual se descrevem os desafios acerca de toda a experiência vivenciada.

Estes serão apresentados primeiramente para a “Psicomotricidade” no FSO, seguida da “Adaptação ao Meio Aquático” no FSO, Acompanhamento Individual no FSO, “Psicomotricidade” no FAS e, por último, “Faz Por Ti” no FAS

- **Psicomotricidade no FSO**

- **Avaliação**

Tanto na avaliação inicial como na final foram aplicados um conjunto de instrumentos, que serão descritos neste tópico, nomeadamente:

- 1) *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (CAECS);

- 2) Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal (ECCRI);
- 3) Inventário de Resolução de Problemas Sociais (IRPS).

A CAECS, de Goldstein e McGinnis (1980), traduzida por Simões e Matos (1999) e adaptada por Pais (2009) e Frazão (2014) para indivíduos com perturbações mentais, é uma escala de autoavaliação que avalia seis componentes das competências sociais: (1) competências sociais básicas, (2) competências sociais avançadas, (3) competências para lidar com os sentimentos, (4) competências alternativas à agressividade, (5) competências para lidar com o *stress* e (6) competências de planeamento. É de realçar que esta última componente foi excluída para a avaliação da estagiária, na medida em que foi aplicado o Inventário de Resolução de Problemas Sociais, que apresenta um conjunto de itens que avalia as mesmas competências. Deste modo, o instrumento aplicado contém um total de 39 itens distribuídos pelas categorias acima mencionadas e que dizem respeito a diversas competências sociais. Existem cinco opções de resposta, cotadas de 1 a 5, que correspondem à frequência ou capacidade de apresentação da competência por parte do avaliado: 1-Nunca; 2-Quase Nunca; 3-Algumas Vezes; 4-Muitas Vezes; e 5-Sempre. Sendo as competências sociais o alvo da intervenção, esta *checklist* foi aplicada com o intuito de perceber quais as competências sociais do grupo que necessitam de ser trabalhadas, e se as atividades desenvolvidas possibilitaram melhorias nas mesmas.

A ECCRI de Matos, Simões, Carvalhosa e Reis (1999) adaptado por Antunes e Felisberto (2005) tem como objetivo avaliar a comunicação não verbal no relacionamento interpessoal. É constituída apenas por 6 itens que correspondem a afirmações relativas à capacidade de comunicação através do comportamento não verbal. Para cada item existem cinco opções de respostas dadas pelos indivíduos e cotadas pelo avaliador de 1 a 5, nomeadamente: 1-Nunca; 2-Poucas Vezes; 3-Algumas Vezes; 4-Muitas Vezes; e 5-Sempre. Tendo em conta que esta população apresenta dificuldades em perceber pistas sociais não-verbais, este instrumento possibilitou verificar onde essa dificuldade é mais evidente.

O IRPS (Dugas, Ladouseur & Freesrton, 1996, traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa & Reis, 1999) pretende avaliar a forma como um indivíduo pensa, se sente e comporta face a problemas do seu dia-a-dia. Deste modo, é constituído por 14 itens correspondentes a afirmações relativas a problemas do dia-a-dia, pelo que é o próprio indivíduo que assinala com um “X” para validar a sua resposta. Para cada item existem 5 opções de resposta, sendo cotadas pelo avaliador de 1 a 5, nomeadamente: 1-Nunca; 2-

Poucas Vezes; 3-Algumas Vezes; 4-Muitas Vezes; e 5-Sempre. A aplicação deste instrumento deveu-se à necessidade de perceber a capacidade de resolução de problemas do grupo, que reflete a competência social de planeamento e tomada de decisão.

A aplicação dos instrumentos supramencionados realizou-se na sala onde decorreram as sessões de “Psicomotricidade”, no Atlético Clube de Portugal, na mesma hora. Apenas estavam na sala a estagiária e os clientes, tendo a estagiária disponibilizado todo o material necessário para o seu preenchimento. Primeiramente, foi mencionado o objetivo e feita a leitura dos itens de um instrumento de cada vez, para que seguidamente os clientes o preenchessem. A ordem de aplicação foi: CCRI, demorando-se 5 minutos, CAES, demorando-se 15 minutos e IRPS, demorando-se 10 minutos. Não se verificaram dificuldades no preenchimento dos mesmos, apenas um indivíduo questionou o significado da palavra “persuasão”.

Devido à entrada no FSO após a aplicação dos instrumentos, dois indivíduos preencheram os mesmos no dia 23 de Novembro de 2015, numa sala do FSO, estando presentes apenas os clientes e a estagiária. Foi utilizado o mesmo protocolo de aplicação dos instrumentos que o grupo. Um dos indivíduos apenas conseguiu preencher a ECCRI devido a uma aparente desorganização mental que dificultou a compreensão dos restantes instrumentos.

Para além dos instrumentos supramencionados, a observação participada também permitiu uma avaliação informal de aspetos relacionados com a expressão corporal, relacionamento com os colegas e técnicos e capacidades de atenção e memória.

Na avaliação inicial foi ainda aplicado a *Symptom Checklist 90 - Revised* (SCL-90-R) de Derogatis (1977) traduzida e aferida para a população portuguesa por Baptista (1993). É uma escala sob a forma de questionário, constituído por 90 itens avaliados numa escala de *Likert* (0 – Nunca, 1 – Pouco, 2 – Moderadamente, 3 – Bastante e 4 – Extremamente), que permite a autoavaliação de determinados sintomas em doentes psiquiátricos. Possibilita avaliar a intensidade de sintomas em nove dimensões primárias: Somatização, Obsessivo-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo. Ainda existem 7 itens que não fazem parte destas dimensões, mas sim de “Escala Adicionais”, tendo influencia sob as mesmas. Através desta escala obtém-se três índices, o Índice Geral de Sintomas, o Número de Sintomas Positivos e o Índice de Sintomas Positivos. Esse instrumento torna-se relevante na intervenção para perceber quais os sintomas do grupo e assim ter uma maior capacidade de controlo e gestão dos mesmos nas sessões.

Para a avaliação final foram ainda elaborados pela estagiária dois questionários, sendo preenchidos pelos clientes.

O primeiro, *Ficha de Avaliação das Atividades*, foi aplicado no final das atividades do manual *Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência*, que será abordado mais à frente. Este questionário é constituído por 3 questões, as duas primeiras de resposta aberta e a última de resposta fechada. Foi elaborado com o intuito de perceber se a adaptação das atividades do manual foi positiva, o que poderia ser alterado e os conhecimentos que foram adquiridos.

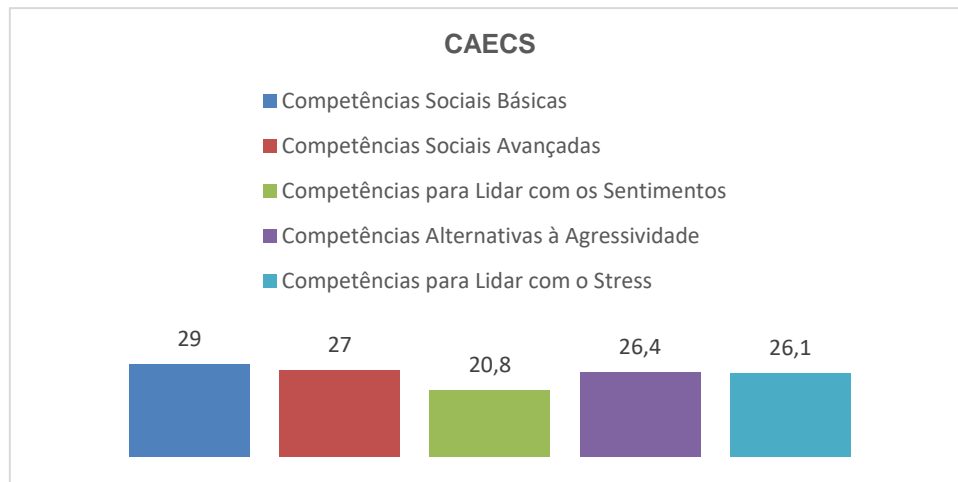
O segundo foi aplicado no final da intervenção por parte da estagiária, intitulado de *Questionário de Avaliação da Psicomotricidade*. É composto por 6 questões, algumas delas com alíneas. As questões variam na sua tipologia, sendo quer de resposta aberta como de resposta fechada. Este questionário teve o intuito de avaliar a intervenção de um modo global, de modo a perceber se os objetivos estipulados foram atingidos e se foi uma experiência que teve sentido para os clientes ou não. Apenas 7 indivíduos preencheram o questionário.

Para uma avaliação informal contínua, no final de cada sessão os clientes preencheram a *Reflexão*, constituída apenas por 3 questões: a primeira tem 2 alíneas de resposta fechada e as restantes são de resposta aberta. Este questionário teve como finalidade perceber se a sessão foi interessante, os pontos positivos e negativos das atividades desenvolvidas e o que foi aprendido com as mesmas.

○ **Resultados da Avaliação Inicial**

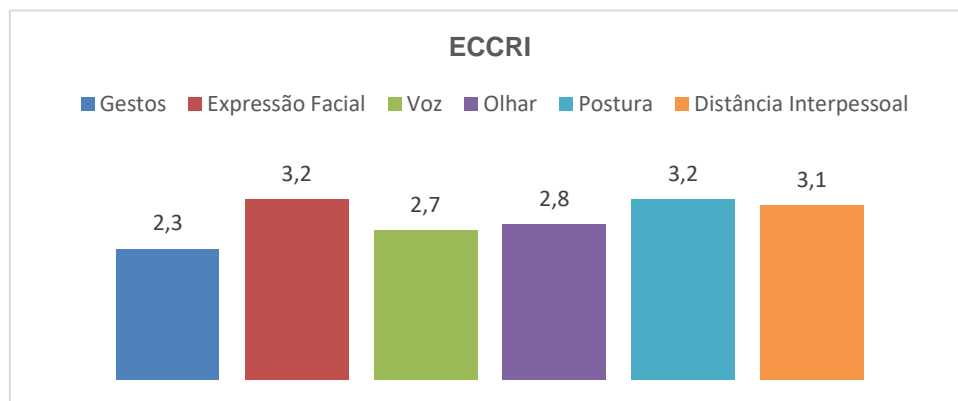
Apresentam-se seguidamente os resultados dos instrumentos CAECS, ECCRI e IRPS, que estiveram na base dos objetivos estipulados para a intervenção. Os resultados foram inseridos na base de dados *Excel*, para posterior elaboração dos gráficos de barras que ilustram as médias correspondentes.

Figura 2 - Resultados da avaliação inicial do instrumento CAECS, relativos à "Psicomotricidade" do FSO.



Observando o gráfico acima, verificou-se que as “Competências para Lidar com os Sentimentos” destacaram-se como sendo a área mais fraca, tendo uma cotação de 20,8 num máximo de 35 (57.14%). Contrariamente, as “Competências Sociais Básicas” tiveram a cotação mais alta, nomeadamente 29 num total de 40 (72,5%). Estando todas as cotações entre os 50 a 79.9%, estas competências foram consideradas como áreas intermédias, tendo sido importante dar mais realce na intervenção às “Competências para Lidar com os Sentimentos”.

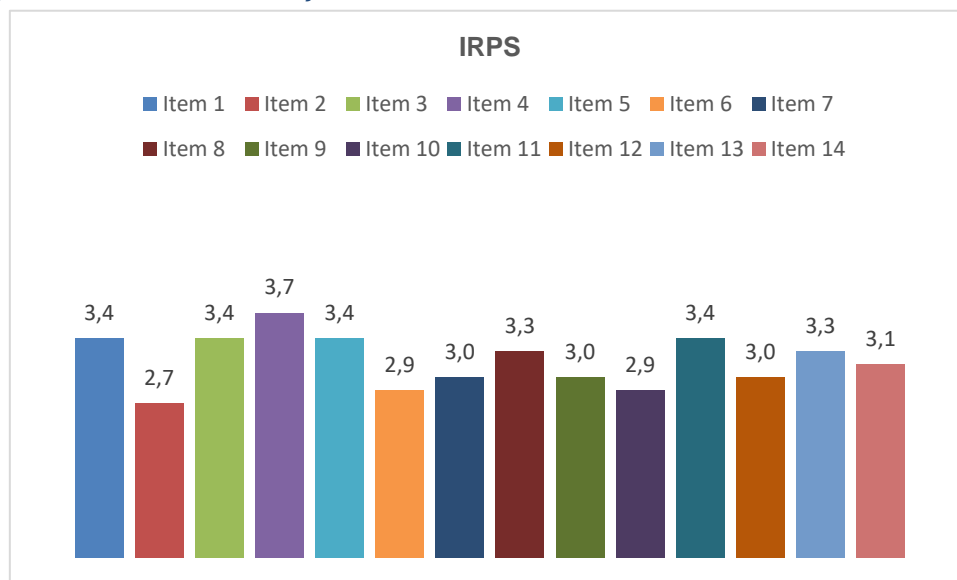
Figura 3 - Resultados da avaliação inicial do instrumento ECCRI, relativo à "Psicomotricidade" do FSO.



Relativamente à ECCRI, verificou-se no geral que as cotações são abaixo dos 3.5, tendo sugerido que a comunicação não verbal era um aspeto a ser trabalhado. Perceber os outros pelos gestos que realizam foi uma área fraca, tendo uma cotação de 2.3.

As restantes competências interpessoais observaram-se como áreas intermédias, já que as suas cotações estão entre os 2.51 e 3.5. Assim, considerou-se importante trabalhar estas competências interpessoais em conjunto, já que em contexto de dia-a-dia as utilizamos desta forma, dando-se ênfase aos gestos, por constituir a dimensão mais fraca.

Figura 4 - Resultados da avaliação inicial do instrumento IRPS, relativos à "Psicomotricidade" do FSO.



Observando o gráfico relativo à IRPS (figura 4), como área forte destacou-se o item 4 com uma cotação de 3.7, que diz respeito a “sou capaz de resolver os meus problemas”. Os restantes itens correspondem a áreas intermédias. Os itens com cotações mais baixas foram o 2 (“fico calmo(a) quando tenho dificuldades porque tenho a certeza que vou arranjar uma solução”), o 6 (“quando tento encontrar uma solução para um problema penso em várias soluções possíveis para depois tentar encontrar a melhor”) e o 10 (“faço um grande esforço para lidar com os problemas”).

○ **Planeamento da Intervenção**

Por orientação da Psicomotricista Mafalda Príncipe, o foco principal da intervenção em Psicomotricidade no FSO foram as competências sociais e emocionais, a capacidade de resolução de problemas e a autonomia, que fazem parte dos recursos internos de resiliência. Assim, através da recolha de informação derivada da observação, dos objetivos da instituição, da orientação da Psicomotricista Mafalda e dos resultados dos instrumentos de avaliação, estipularam-se os objetivos descritos abaixo.

Tabela 7 - Objetivos elaborados para a "Psicomotricidade" do FSO.

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<i>Recursos Internos de Resiliência</i>	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver competências sociais e emocionais 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a expressão dos sentimentos Compreender os sentimentos dos outros Expressar-se através da comunicação não verbal (gestos, expressão facial, postura, contacto visual) Perceber os outros de acordo com a sua comunicação não verbal (gestos, expressão facial, postura, contacto visual) Fomentar a adequação entre comunicação não verbal e verbal Adequar o comportamento social às pistas interpessoais percebidas Incrementar o autoconhecimento Aumentar a autoestima
	<ul style="list-style-type: none"> Promover a capacidade de resolução de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a capacidade de planeamento Aumentar a procura de soluções diferentes para um problema Incrementar a reflexão das consequências das possíveis soluções para um problema
	<ul style="list-style-type: none"> Promover a autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar o sentido de autoeficácia

Para além dos objetivos referidos anteriormente, através da observação informal do comportamento do grupo em diversos contextos achou-se pertinente trabalhar outros objetivos nos domínios psicomotor e cognitivo. Realça-se que também são objetivos já estipulados no plano da atividade de Psicomotricidade da ARIA. Assim, descrevem-se abaixo:

Tabela 8 - Objetivos elaborados para a "Psicomotricidade" do FSO.

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<i>Psicomotor</i>	<ul style="list-style-type: none"> Promover competências psicomotoras 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a coordenação motora global Incrementar a expressão corporal Melhorar a consciência do corpo Melhorar a estruturação espaço-temporal
<i>Cognitivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> Estimular capacidades cognitivas 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a capacidade de memorização Aumentar a capacidade de atenção Aumentar a capacidade de reflexão Promover a criatividade

Para ir ao encontro dos mesmos, a sessão-tipo descreve-se como:

- 1) Diálogo inicial (10 minutos): recordava-se a sessão anterior e introduzia-se o tema da sessão do dia;
- 2) Atividades e dinâmicas de grupo (40 minutos), nas quais se trabalhavam os objetivos estipulados;

- 3) Diálogo final e preenchimento da ficha Reflexão (10 minutos): o grupo expressava o que sentiu e aprendeu ao longo da realização das atividades.

Para promover os recursos internos da resiliência, onde se inserem determinadas competências sociais e emocionais, recorreu-se ao último capítulo do manual *Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência* (Simões et al., 2009). O manual, como o próprio nome indica, é destinado a adolescentes, pelo que as atividades foram adaptadas de acordo com a faixa etária do grupo bem como os seus interesses e contextos de vida. Assim, algumas atividades foram modificadas, excluídas ou adicionadas. Utilizaram-se atividades dos subcapítulos “Autoconhecimento”, “Cooperação e Comunicação”, “Autoestima”, “Resolução de Problemas”, “Autoeficácia” e “Empatia”.

Sendo o objetivo principal da “Psicomotricidade” no FSO a promoção de competências sociais e emocionais, utilizou-se numa primeira fase a adaptação do manual referido, desde 25 de Novembro de 2015 a 2 de Março de 2016. Planeou-se a intervenção recorrendo ao manual da seguinte forma:

25 de novembro – Autoconhecimento (atividade “Cartões de Identificação” e adaptação de “Características Pessoais”) e Cooperação e Comunicação (adaptação da atividade “Encontre Alguém Que...”);

2 de Dezembro – Autoconhecimento (atividades “Minha T-Shirt” e “Meu Objeto Favorito”) e atividade criada pela estagiária “Espelho Meu”;

9 de Dezembro – Atividade criada pela estagiária “Regras do Grupo” e Cooperação e Comunicação (adaptação da atividade “A Nossa História”);

16 de Dezembro – Atividades criadas pela estagiária “A Minha Expressão Facial” e “A Caminhada das Emoções” e Cooperação e Comunicação (atividade “Comunicação Não verbal”);

6 de Janeiro – Atividades criadas pela estagiária “Estátuas das Emoções” e “O Provérbio”;

13 de Janeiro – Autoestima (atividade “Minhas Qualidades Únicas”) e atividade criada pela estagiária “Partilha de Qualidades”;

20 de Janeiro – Atividade criada pela estagiária “O Que Eu Gosto em Mim” e Autoestima (atividade “Círculo de Afirmação”);

27 de Janeiro – Resolução de Problemas (atividades “Reconhecer Situações Stressantes” e adaptação de “Estratégias para Lidar com o Stress II”) e atividade realizada pela estagiária “Relaxação”;

3 de Fevereiro – Autoeficácia (atividade “Sou Capaz...”) e atividade realizada pela estagiária “O Desafio”;

10 de Fevereiro – Atividade criada pela estagiária “O Que o Outro Sente”;

17 de Fevereiro – Empatia (adaptação da atividade “Como os Outros se Sentem”);

24⁸ de Fevereiro – Atividades realizadas pela estagiária “Quadrado Cego” e “Os Balões”;

2⁹ de Março – Atividades realizadas pela estagiária “Chegar ao Outro Lado” e “A Roda”.

A partir da data acima mencionada, a estagiária desenvolveu atividades de expressão corporal, tendo a colaboração no dia 20 de Abril da bailarina Ana Portela, de mímica, de expressão e reconhecimento de emoções através da comunicação verbal e não verbal, de imitação, memorização e criação de sequência de gestos ou ações e relaxação.

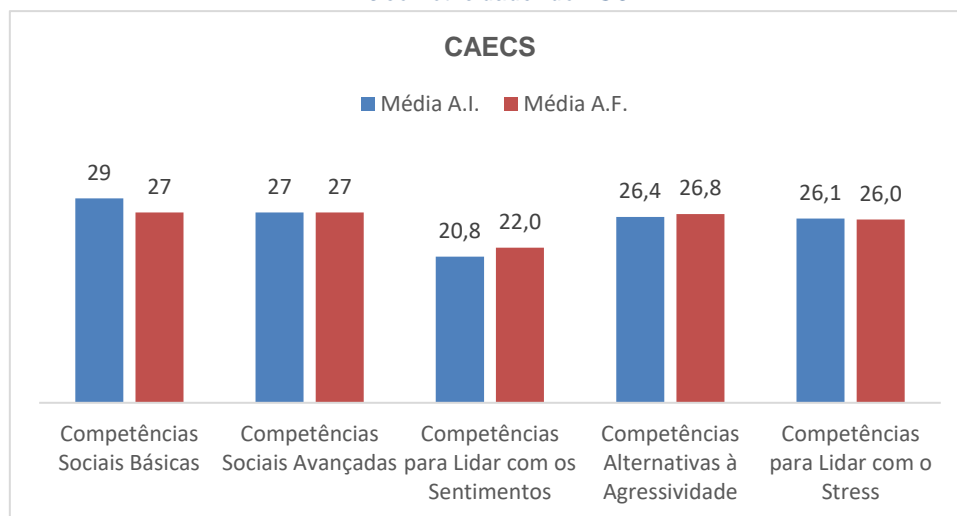
○ **Apresentação e Discussão dos Resultados da Intervenção**

Apresenta-se de seguida a comparação e discussão dos resultados dos instrumentos de avaliação que foram utilizados antes e depois da intervenção, de modo a perceber se os objetivos foram ou não alcançados como desejado. Os dados da avaliação final também foram inseridos na base de dados *Excel* de modo a gerar os gráficos que ilustram as cotações médias dos instrumentos. Também são referidos os relatos dos clientes que preencheram o *Questionário de Avaliação da Psicomotricidade*.

⁸ Apesar de não serem atividades do Manual, foram elaboradas para o grupo no sentido de promover a Cooperação e Comunicação, Resolução de Problemas e Autoeficácia.

⁹ Apesar de não serem atividades do Manual, foram elaboradas para o grupo no sentido de promover a Cooperação e Comunicação, Resolução de Problemas e Autoeficácia.

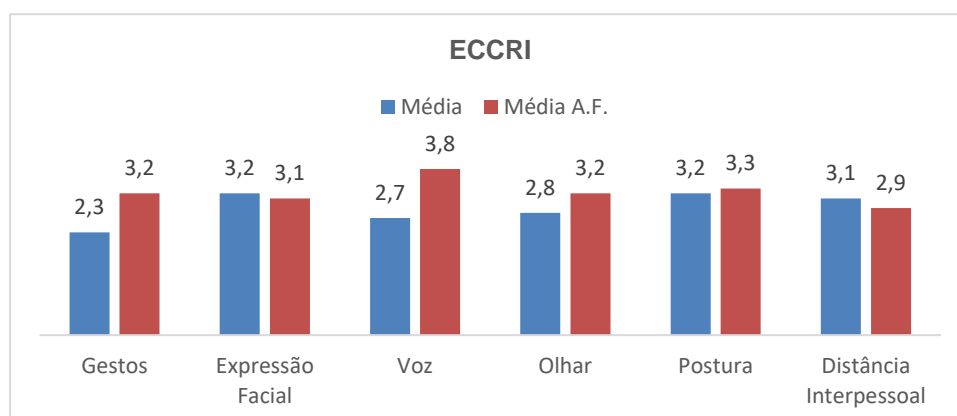
Figura 5 - Comparação dos resultados da avaliação e inicial do instrumento CAECS, relativos à "Psicomotricidade" do FSO.



Observando a figura 5 percebe-se que as cotações das “Competências para Lidar com os Sentimentos” bem como as “Competências Alternativas à Agressividade” subiram, sendo a primeira mais acentuada. Esta subida pode estar relacionada com o facto de durante as sessões se dar ênfase a uma intervenção psicomotora orientada para a experiência referida por Probst, Knapen, Poot e Vancampfort (2010), na qual todos refletiam os seus pensamentos, emoções e frustrações sentidas, num espaço de confiança, e em grupo encontravam-se formas de os regular quando negativos.

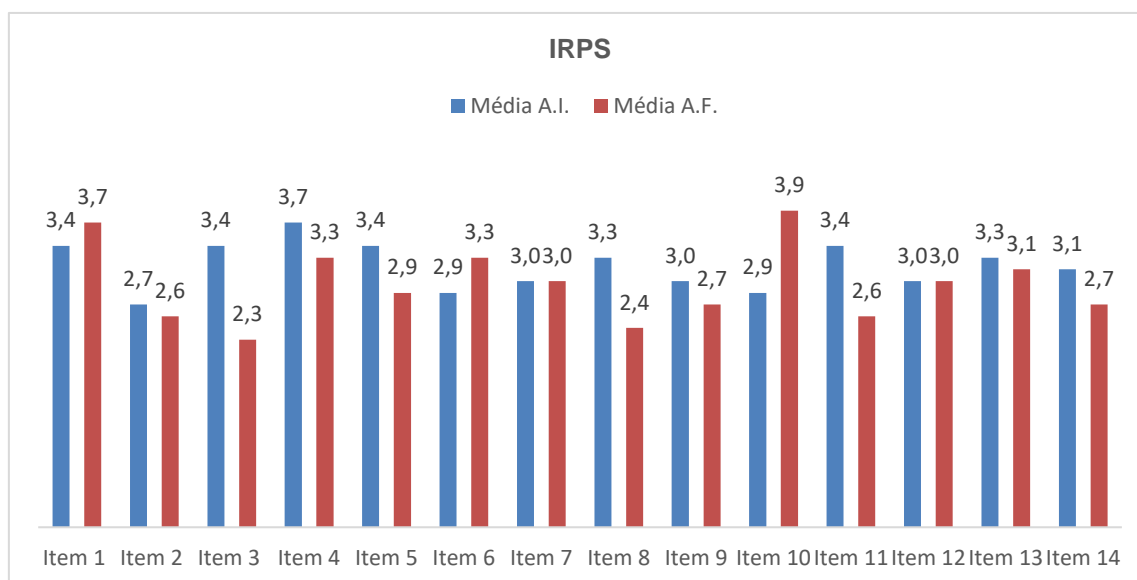
As “Competências Sociais Básicas” tiveram uma descida na sua cotação de 29 para 27, podendo estar associada a uma maior consciencialização por parte dos clientes das suas competências reais após a intervenção. A cotação das “Competências para Lidar com o Stress” desceu, sendo mínima (0,1). Relativamente às “Competências Sociais Avançadas”, não se verificaram alterações nas cotações da avaliação inicial e final, sendo de referir neste campo que esta não foi uma área de foco na intervenção.

Figura 6 - Comparação dos resultados da avaliação inicial e final do instrumento ECCRI, relativos à "Psicomotricidade" do FSO.



A cotação das componentes não-verbais (figura 6), nomeadamente dos Gestos, Voz e Olhar subiram de forma expressiva em comparação à avaliação inicial, pelo que a da Postura também subiu mas foi apenas de 3.2 para 3.3, não se considerando expressiva. Estas melhorias corroboram os resultados do estudo de Rus-Calafell, Gutiérrez-Madonado, Ortega-Bravo, Ribas-Sabaté e Caqueo-Úrizar (2013), onde existiram melhorias no relacionamento interpessoal através do programa de TCS. O facto de se ter recorrido a técnicas baseadas em técnicas cognitivo-comportamentais para trabalhar os comportamentos expressivos, como o *role-playing*, modelação e *feedback* (Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, Ribas-Sabaté & Lemos-Giráldez, 2014), pode contribuir para estes resultados. Contrariamente, a cotação média da Distância Interpessoal desceu de 3.1 para 2.9 e a da Expressão Facial de 3.2 para 3.1, sendo esta última mínima.

Figura 7 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento IRPS, relativos à "Psicomotricidade" do FSO.



Verificando o gráfico acima, percebe-se que existiu uma descida dos resultados na maior parte dos itens, considerando-se as descidas mais expressivas as do item 3 (“Quando tenho um problema consigo pensar em várias soluções”), 4 (“Sou capaz de resolver os meus problemas”), 5 (“Quando tomo decisões avalio e comparo atentamente as alternativas”), 8 (“Quando tenho um problema muito complicado tento dividi-lo em problemas mais pequenos para os poder resolver um de cada vez”), 9 (“Quando aparece um problema na minha vida tento resolvê-lo o mais rapidamente possível”), 11 (“Quando tento decidir qual é a melhor solução para um problema penso várias vezes nos prós e nos contras de cada solução”) e 14 (“Quando tento decidir qual é a melhor solução para uma problema tento avaliar as consequências de cada solução de modo a poder comparar umas com as outras”). O item 2 teve uma descida mínima. É de realçar que alguns indivíduos

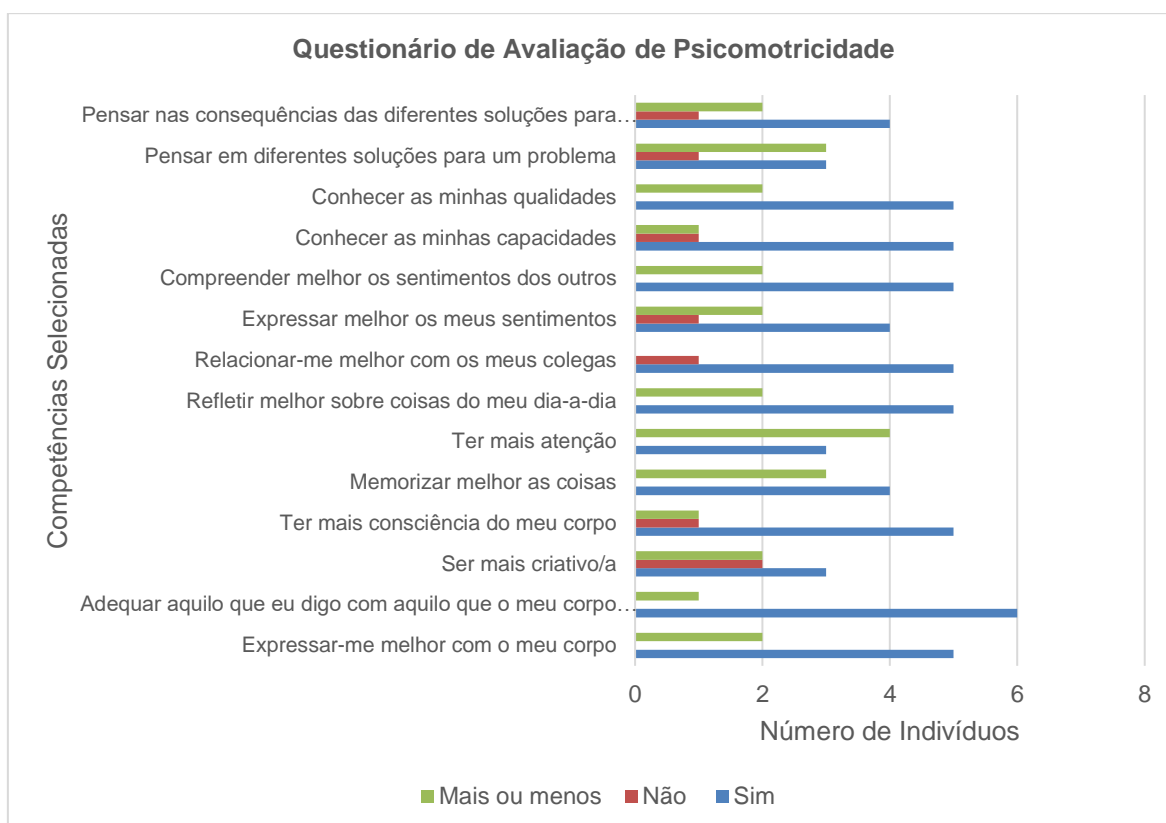
deram respostas díspares, passando, por exemplo, de um “Sempre” para “Nunca”, o que afetou a média das respostas. Este facto pode estar associado a uma autoavaliação mais ajustada das suas competências, não refletindo uma descida propriamente negativa, mas também a respostas que não representam a realidade.

Os itens onde se observaram melhorias foram o 1 (“Quando me esforço consigo resolver os meus problemas”), 6 (“Quando tento encontrar uma solução para um problema penso em várias soluções possíveis para depois tentar encontrar a melhor”) e 10 (“Faço um grande esforço para lidar com os problemas”), pelo que os dois últimos na avaliação inicial se consideraram como áreas fracas.

A média das cotações dos itens 7 (“Quando tenho um problema penso que existe uma solução para o resolver”) e 12 (“Quando o resultado da minha solução não é satisfatório, tento perceber qual foi o erro para em seguida tentar uma nova maneira de o resolver”) não sofreu alterações.

No *Questionário de Avaliação da Psicomotricidade* todos os elementos referiram que gostaram das atividades realizadas ao longo das sessões, tendo ido ao encontro das suas expectativas. No gráfico abaixo apresentam-se as competências que cada indivíduo achou que adquiriu ou não.

Figura 8 - Respostas dos clientes ao item 3 do "Questionário de Avaliação de Psicomotricidade".



Analisando as respostas dos indivíduos, percebe-se que as competências que foram seleccionadas com um “Sim” ou “Mais ou menos”, significando que todos as aprenderam com a intervenção ou apenas parcialmente, foram: “conhecer as minhas qualidades”, “compreender melhor os sentimentos dos outros”, “refletir melhor sobre coisas do meu dia-a-dia”, “ter mais atenção”, “memorizar melhor as coisas”, “adequar aquilo que eu digo com aquilo que o meu corpo expressa” e “expressar-me melhor com o meu corpo”. O item que foi assinalado mais positivamente, tendo 6 indivíduos respondido “Sim” e apenas 1 indivíduo “Não” foi “adequar aquilo que eu digo com aquilo que o meu corpo expressa”. Para as restantes competências existiu 1 ou 2 indivíduos que responderam “Não”, indicando que não as aprenderam com a intervenção. Os itens que foram assinalados de uma forma menos positiva foram “ser mais criativo” com três “Sim”, dois “Não” e dois “Mais ou menos” e “pensar em diferentes soluções para um problema” com três “Sim”, um “Não” e três “Mais ou menos”. Estes itens relacionam-se com a resolução de problemas, indo ao encontro com os resultados da IRPS. O facto de a competência de resolução de problemas ter tido menos foco durante a intervenção, em relação às restantes, pode estar associado a este resultado.

Tabela 9 - Respostas dos clientes ao item 6 do "Questionário de Avaliação de Psicomotricidade".

Mudança de comportamento no dia-a-dia		Três palavras que descrevam a experiência
N.L.	"Esforço psicológico"	"Amizade, esforço e igualdade"
R.L.	"A respeitar melhor os outros"	"Muita alegria, dinamismo e crescimento interior"
F.S.	"Mudei a maneira de comportar e expressar o que sinto, adequar às situações"	"Felicidade, atenção e memória, compreensão"
J.M.	Não considerou mudanças no seu comportamento	"Boa, divertido e jogos"
J.C.	Não considerou mudanças no seu comportamento	"Sentimentos mesmos, aprendi a lidar comigo e não interferir comigo em momentos difíceis"
J.G.	"Comecei a expressar-me adequadamente segundo o contexto (...) ou seja, pronunciar pronúncias/sotaque de Lisboa do início ao fim de uma palavra."	"Senti-me muito bem na atividade, positiva a relação com a técnica e atividades que adequam a pronúncia"
C.S.	"A lidar com os outros, ter mais paciência e a tentar perceber os outros pela expressão facial"	"Amizade, compreensão e aprendizagem"

Assim, percebe-se que a maior parte dos indivíduos retirou algo da atividade de "Psicomotricidade" para o seu dia-a-dia, sendo a experiência descrita por todos de uma forma positiva. De uma forma geral, percebe-se que a "Psicomotricidade" teve algum impacto positivo nos indivíduos, indo as respostas do questionário ao encontro com os objetivos estipulados. No entanto, há que ter em conta que apenas 7 indivíduos o preencheram, tendo sido selecionados para avaliação 9.

- **Adaptação ao Meio Aquático no FSO**

- **Avaliação**

Tanto na avaliação inicial como na final foi aplicada a *Checklist de Observação do Comportamento em Meio Aquático* (COCMA), elaborada pela estagiária.

Esta *checklist* foi criada tendo em conta o modelo de desenvolvimento das habilidades motoras de Gallahue (1982) adaptado por Langendorfer e Bruya (1995) bem como a proposta de progressão pedagógica para a adaptação ao meio aquático de Barbosa e Queirós (2004). Deste modo, é constituída por 28 itens distribuídos por 7 categorias: (1)

Respiração; (2) Equilíbrio Vertical; (3) Equilíbrio Horizontal; (4) Imersão; (5) Propulsão; (6) Manipulação e (7) Competências Sociais. Para além das categorias, existe ainda um espaço para se colocarem observações adicionais. As opções de resposta são “Sim” no caso de existência da competência ou “Não” no caso contrário. Este instrumento é preenchido pelo técnico através da observação dos indivíduos nas atividades, possibilitando uma avaliação qualitativa. A sua elaboração e aplicação teve como fim perceber que habilidades básicas necessitam de ser trabalhadas, quais as existentes e que possibilitam motivar os indivíduos e se existiu evolução com as atividades desenvolvidas.

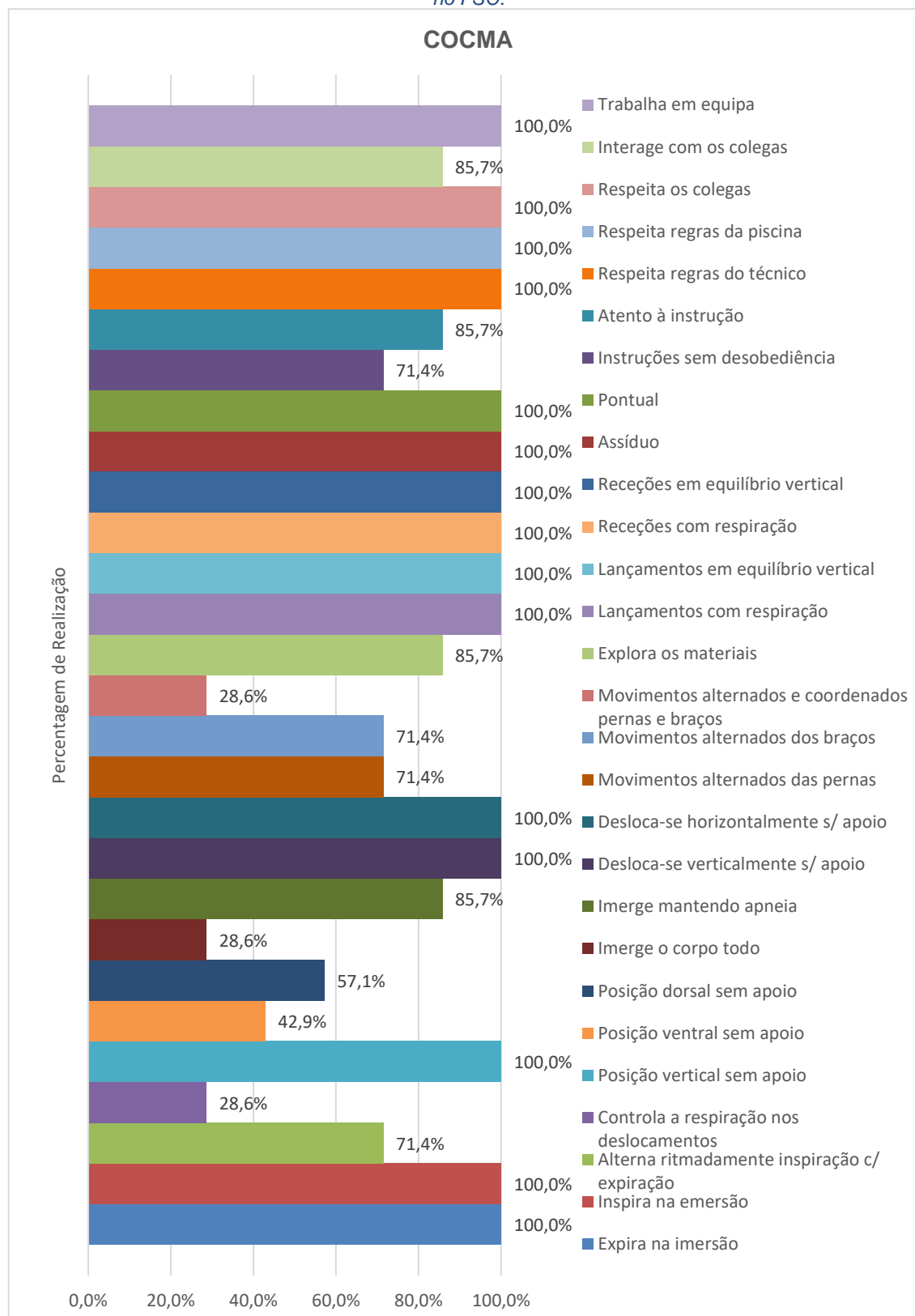
O preenchimento da COCMA foi realizado pela estagiária no gabinete do FSO, através do registo de observação de determinadas sessões. No caso da avaliação inicial, as sessões durante o período de observação possibilitaram perceber as habilidades motoras aquáticas básicas existentes e inexistentes. Na avaliação final, para além de todo o período de intervenção e observação de sessão para sessão, foram as duas últimas sessões em que cada indivíduo teve presente que permitiu o preenchimento da *checklist*.

As técnicas de natação foram avaliadas através de observação por parte da estagiária, sendo monitorizadas com o registo de observações de cada sessão.

○ **Resultados da Avaliação Inicial**

Apresentam-se seguidamente os resultados da COCMA na avaliação inicial, que orientaram o processo de intervenção. Os resultados foram inseridos na base de dados *Excel*, para posterior elaboração do gráfico de barras que ilustra as percentagens de realização (respostas “Sim”) do grupo para cada competência.

Figura 9 - Resultados da avaliação inicial do instrumento COCMA, relativos à "Adaptação ao Meio Aquático" no FSO.



De acordo com os resultados representados no gráfico, as principais áreas que se teve em conta por se considerarem mais fracas foram: controlar a respiração nos deslocamentos,

manter-se em posição ventral sem apoio, mergulhar todo o corpo e realizar movimentos alternados e coordenados dos braços e pernas. Como áreas mais fortes, presentes em todos os elementos do grupo (cotação de 1), destacaram-se: expirar na imersão e inspirar na emersão, manter-se na posição vertical sem apoio, deslocar-se tanto verticalmente como horizontalmente sem apoio, realizar tanto lançamentos como receções de acordo com a respiração e com o equilíbrio vertical, ser assíduo e pontual, respeitar as regras do técnico, da piscina e os colegas, e trabalhar em equipa. As restantes áreas também tiveram cotações elevadas, sendo áreas em que se considerou apenas serem trabalhadas em alguns elementos do grupo.

○ **Planeamento da Intervenção**

A COCMA permitiu estipular objetivos relativos às habilidades motoras básicas em meio aquático. Além destes, no plano desta atividade já estava definido trabalhar as técnicas de natação como forma de deslocação no meio aquático, sendo também estipulados objetivos para as mesmas.

Tabela 10 - Objetivos elaborados para a "Adaptação ao Meio Aquático".

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<i>Competências Motoras Básicas Aquáticas</i>	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver habilidades motoras básicas em meio aquático 	<ul style="list-style-type: none"> Manter-se em equilíbrio horizontal, na posição ventral e dorsal, sem apoio Respirar de forma controlada durante os deslocamentos, alternando a inspiração e a expiração Imergir todo o corpo, de modo a colocá-lo no fundo da piscina Realizar deslocamentos, com ou sem auxílio de flutuadores, coordenando e alternando os membros inferiores e superiores Realizar os batimentos dos membros inferiores, alternadamente, sem flexão dos joelhos
<i>Deslocação no Meio Aquático</i>	<ul style="list-style-type: none"> Promover técnicas de natação 	<ul style="list-style-type: none"> Aprender ou aperfeiçoar técnicas de natação, nomeadamente costas e/ou <i>crawl</i> Realizar pelo menos 4 piscinas seguidas, deslocando-se em costas ou <i>crawl</i>

A sessão-tipo envolveu as seguintes etapas:

- 1) Entrada na piscina com submersão (1 minuto): momento em que os clientes se adaptavam à água;
- 2) Aquecimento (5 minutos): realizaram-se exercícios para ativar os grandes grupos musculares;

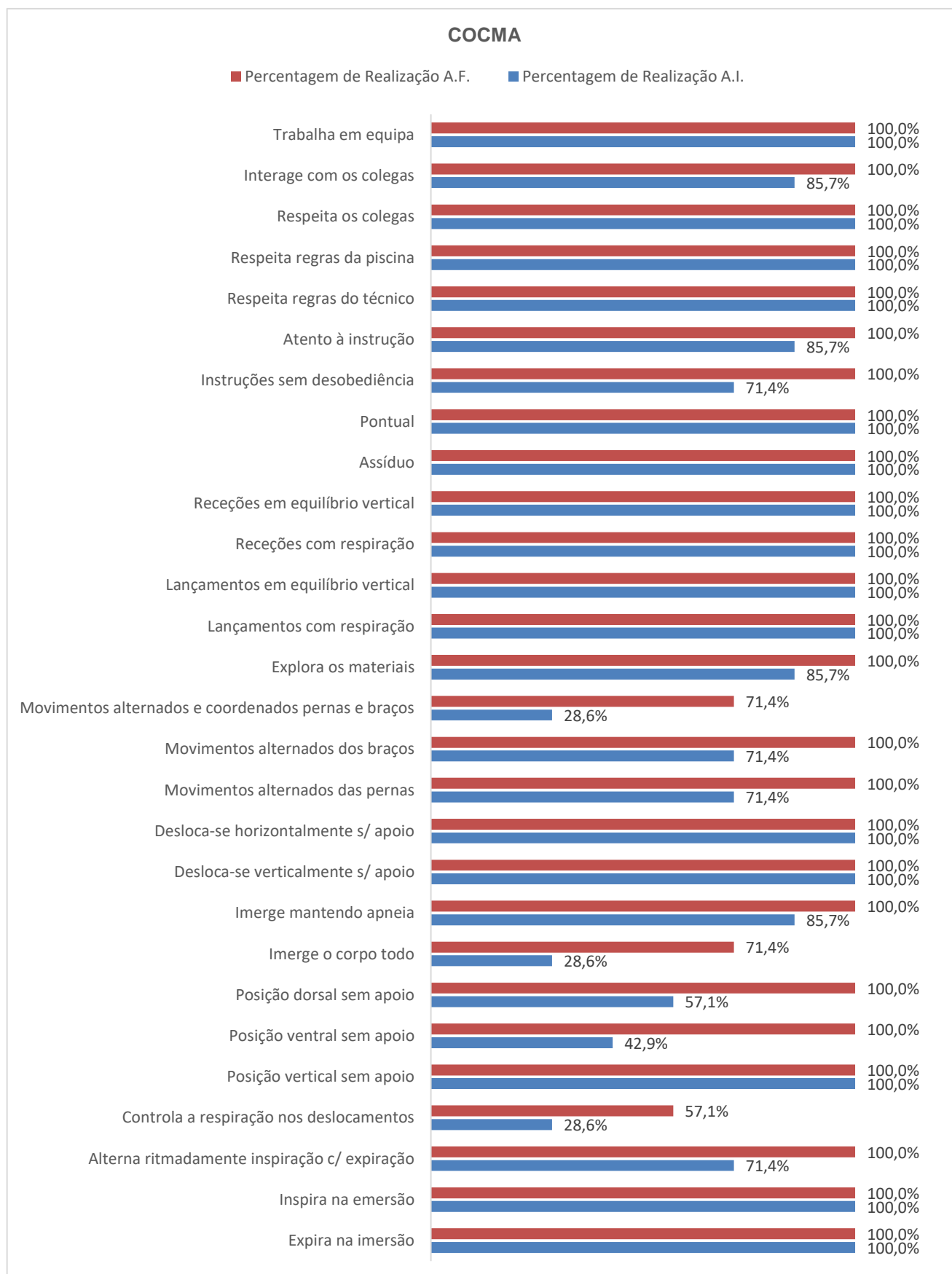
- 3) Exercícios de adaptação ao meio aquático (10 minutos): trabalhou-se especificamente a respiração, o equilíbrio horizontal e a imersão;
- 4) Técnicas de natação (10 minutos): momento onde se trabalharam técnicas de natação (estas foram essenciais para trabalhar a coordenação dos membros inferiores e superiores);
- 5) Circuito aquático ou jogo de equipa (10 minutos): realizaram-se atividades para promover tanto as áreas fracas como para manter as áreas fortes;
- 6) Retorno à calma (5 minutos).

As atividades realizadas tiveram um caráter lúdico com a utilização de vários materiais, o que possibilitou uma maior motivação por parte dos clientes. Sendo o grupo heterogéneo, a estagiária realizava por vezes exercícios mais individualizados para determinados indivíduos.

- **Apresentação e Discussão de Resultados da Intervenção**

Apresentam-se neste tópico os resultados da avaliação final da COCMA, comparando estes com os resultados da avaliação inicial, de modo a perceber se existiram melhorias ou não tendo em conta os objetivos estipulados.

Figura 10 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento COCMA, relativos à "Adaptação ao Meio Aquático" no FSO.



Através do gráfico representado anteriormente observa-se que apenas existiram melhorias ou competências mantidas por todos os elementos do grupo após a intervenção, não existindo recaídas.

No que diz respeito às competências que foram adquiridas por todos os elementos que foram avaliados, equivalendo a 100%, tem-se a alternância ritmada entre inspiração e expiração, as posições ventral e dorsal sem apoio, a imersão mantendo a apneia, os movimentos alternados tanto das pernas como dos braços, a exploração dos materiais, o cumprimento de instruções sem desobediência, a atenção às instruções e a interação com os colegas.

Relativamente às competências que foram melhoradas, mas não adquiridas por todos os elementos avaliados tem-se o controlo da respiração nos deslocamentos (57.1%), a imersão de todo o corpo (71.4%) e os movimentos alternados e coordenados entre as pernas e os braços (71.4%). De facto, as alterações corporais inerentes ao meio aquático, que pressupõem um domínio de respiração, equilíbrio e propulsão (Sarmiento, 2001), aliadas às dificuldades de coordenação e sequencialização de ações motoras complexas por parte de pessoas com Esquizofrenia (Dox et al. 2012) podem fazer com que o deslocamento neste meio seja uma competência mais difícil de adquirir por parte de alguns elementos do grupo.

Matias (2010) afirma que o meio aquático permite o desenvolvimento tanto do domínio motor, dizendo respeito às Competências Motoras Básicas Aquáticas, como do domínio social, que não sendo uma área na qual se estipularam objetivos para a intervenção, verificaram-se melhorias neste domínio. De facto, alguns indivíduos revelaram comportamentos sociais mais adequados e uma relação mais empática com os colegas nas sessões de AMA em comparação às de Psicomotricidade.

Conclui-se que os objetivos que dizem respeito às Competências Motoras Básicas Aquáticas foram atingidos na sua totalidade (equilíbrio horizontal e batimentos dos membros inferiores) ou parcialmente (respiração nos deslocamentos, imersão e deslocamentos com coordenação e alternância entre membros inferiores e superiores).

Em relação às técnicas de natação, de acordo com o registo de observações das sessões percebe-se que todos aprenderam pelo menos uma das técnicas, sendo a mais solicitada o *crawl*. No entanto, as dificuldades de coordenação da respiração nos deslocamentos e coordenação e alternância entre membros superiores e inferiores por parte de alguns

elementos dificultam o aperfeiçoamento da técnica, realçando o foco da intervenção em meio aquático para estas competências.

- **Acompanhamento Individual**

- **Avaliação**

Num primeiro momento da avaliação inicial realizou-se uma entrevista informal semiestruturada com a F.S, de modo a perceber as suas expectativas, preocupações e desejos com o acompanhamento. Assim, formularam-se apenas duas questões, sendo ponto de partida para a entrevista: “O que espera com este acompanhamento?” e “O que gostava de trabalhar neste acompanhamento?”. Para perceber a sua história pessoal, elaborou-se uma anamnese com as seguintes categorias: (1) dados pessoais gerais; (2) filiação; (3) agregado familiar; (4) situação socioeconómica; (5) historial clínico; (6) desenvolvimento social; (7) desenvolvimento emocional; (8) desenvolvimento sensorial; (9) autonomia; (10) hábitos e rotinas; (11) interesses e lazer; e (12) dia-tipo. A anamnese foi preenchida pela própria, numa sala das instalações do FSO, estando a estagiária apenas a observar e disponível para as suas dúvidas.

Num segundo momento aplicaram-se dois instrumentos de avaliação: *Escala de Autoestima* (EA) de Rosenberg (1965) adaptado por Santos e Maia (1999) e *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-BREF) na Versão Portuguesa de Portugal de Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes (2006).

A EA foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a autoestima global. É constituída apenas por 10 itens, cinco formulados positivamente e cinco negativamente. O avaliando seleciona a resposta mais adequada para si (Santos, 2008). A cotação é realizada numa escala de *Likert*, nomeadamente: 1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Indiferente; 4 – Concordo; e 5 – Concordo Totalmente. Para os itens formulados de forma negativa, nomeadamente, 2, 5, 6, 8, 9 e 10, a sua cotação é invertida. A cotação total poderá assim variar de 10 a 50. Um score de 10 a 20 indica baixa autoestima, de 21 a 40 refere-se a grau médio e 41 a 50 elevada autoestima. Esta escala foi utilizada na medida em que a Psicomotricista Mafalda Príncipe sinalizou uma baixa autoestima por parte da F.S, sendo importante ser trabalhada no acompanhamento.

O WHOQOL-BREF é uma forma abreviada do *World Health Organization Quality Of Life-100* (WHOQOL-100), que avalia a qualidade de vida de acordo com a sua definição, segundo a OMS: é um termo de natureza multidimensional, já que se refere à percepção

que o indivíduo tem da sua condição de vida segundo a cultura e o sistema de valores em que se insere, os seus objetivos, expectativas e preocupações (OMS, 1996). Esta forma abreviada é constituída por 4 domínios, onde estão distribuídos 24 itens do WHOQOL-100: (1) Domínio Físico, (2) Domínio Psicológico, (3) Relações Sociais e (4) Meio Ambiente. Ainda existem 2 itens adicionais, um do *Overall Quality of Life* e outro do *General Health*. É o próprio avaliando que preenche o instrumento sempre que tiver capacidades para tal. Para o avaliador calcular o total de cada domínio, calcula-se a média do valor de cada item correspondente (variando de 1 a 5), pelo que os itens 3, 4 e 26 têm que ser invertidos. Seguidamente, multiplica-se o resultado de cada domínio por 4, para se poder comparar com os resultados do WHOQOL-100, numa escala de 4-20 ou de 0-100 (OMS, 1996). Foi utilizada pela estagiária de forma avaliar a qualidade de vida da F.S. Além disso, os domínios deste instrumento também vão ao encontro de alguns objetivos referidos pela mesma na entrevista, sendo importante perceber se o acompanhamento melhorou a qualidade de vida percecionada.

Ambos os instrumentos referidos acima foram preenchidos na mesma sala do FSO que anteriormente, onde estavam presentes a estagiária e a F.S. Primeiro foi explicado o objetivo de cada instrumento, sendo a F.S a preencher os mesmos. Sempre que existiu alguma dúvida, a estagiária interveio. Preencheu-se primeiro a EA, demorando 5 minutos aproximadamente, e seguidamente o WHOQOL-BREF, demorando 10 minutos aproximadamente.

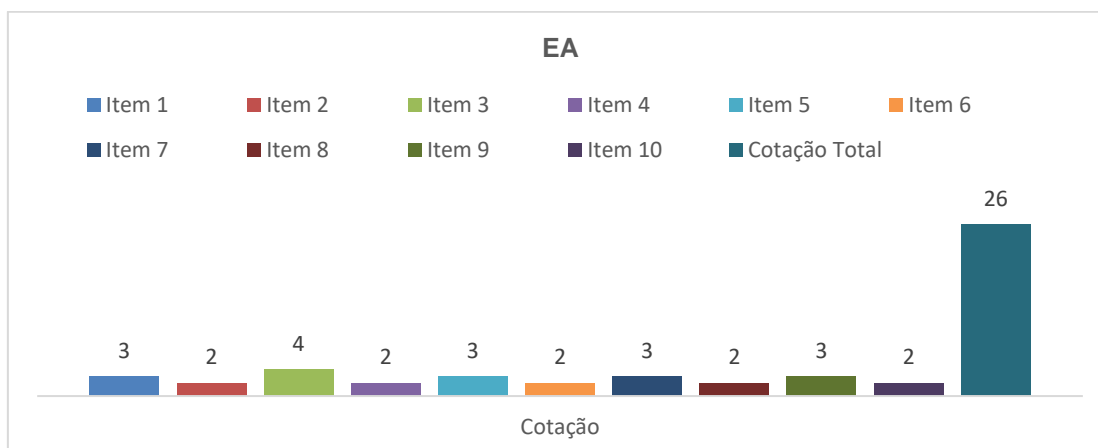
No final do acompanhamento aplicaram-se novamente a EA e o WHOQOL-BREF, tendo também sido elaborado um questionário para a F.S preencher.

○ **Resultados da Avaliação Inicial**

Seguidamente aborda-se a síntese da entrevista entre a estagiária e a F.S bem como os resultados do EA e do WHOQOL-BREF. Os dados dos dois instrumentos foram inseridos na base de dados Excel, onde se elaboraram os respetivos gráficos representados abaixo.

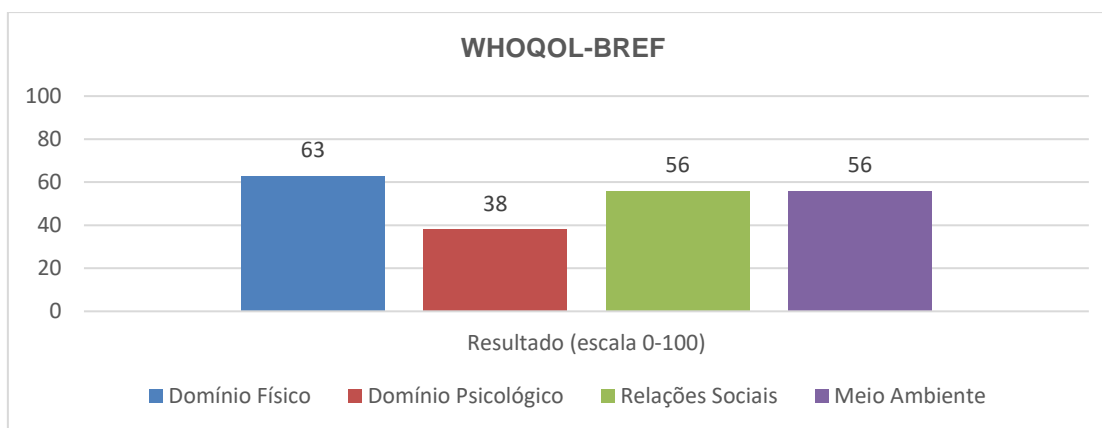
Ao longo da entrevista, a F.S partilhou que anteriormente já tinha tido um acompanhamento com um técnico, onde realizava jogos a nível cognitivo, mas que com este acompanhamento gostaria de trabalhar a sua autoestima, no sentido de a aumentar. Referiu que não gostava do seu cabelo, do seu corpo, dos pelos faciais e da sua “postura torta” em público (e.g. no autocarro). Assim, esperava conseguir gostar mais de si.

Figura 11 - Resultados da avaliação inicial do instrumento EA, relativos ao Acompanhamento Individual no FSO.



Com uma cotação total de 26 pontos na EA, verificou-se que a F.S apresentava uma autoestima de grau médio. Destacaram-se os itens 2, 4, 6, 8 e 10 (2, 6, 8 e 10 com pontuações invertidas) com pontuações baixas, correspondendo às seguintes afirmações, respetivamente: “Tenho tendência a sentir que sou um fracassado(a) em tudo”, “Sou capaz de fazer as coisas tão bem, como a maioria das pessoas”, “Tenho uma atitude positiva perante mim mesmo(a)”, “Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a)” e “Às vezes penso que não sou grande coisa”. Assim, estes itens correspondem a aspetos que se consideraram ser trabalhados. Realçou-se de forma positiva o item 3 (“acho que tenho muitas qualidades boas”). Os restantes itens consideraram-se intermédios.

Figura 12 - Resultados da avaliação inicial do instrumento WHOQOL-BREF, relativos ao Acompanhamento Individual no FSO.



Relativamente aos dois primeiros itens do WHOQOL-BREF, na questão “como avalia a sua qualidade de vida?” a F.S selecionou “Nem Boa Nem Má”, correspondendo a uma cotação de 3. A mesma cotação foi dada à questão “até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?”, correspondendo a “Nem satisfeito nem insatisfeito”.

Como domínio mais forte teve-se o “Físico”, com uma pontuação de 63. Tanto este como os domínios de “Relações Sociais” e de “Meio Ambiente”, ambos com uma pontuação de 56, consideraram-se áreas intermédias. Contrariamente, o domínio mais fraco foi o “Domínio Psicológico”, com um total de 38, pelo que se realçou a resposta dada ao item “é capaz de aceitar a sua aparência física?” que foi “pouco”.

○ **Planeamento da Intervenção**

Os objetivos da intervenção com a F.S foram formulados tendo em conta a recomendação da Psicomotricista Mafalda Príncipe, que sendo a sua técnica de referência elaborou o seu Plano Individual, a opinião da própria F.S, que na entrevista expressou a sua necessidade em trabalhar alguns aspetos relacionados com a autoestima e com o seu estilo de vida, e os resultados obtidos nos dois instrumentos de avaliação.

Tabela 11 - Objetivos elaborados para o Acompanhamento Individual.

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<i>Autoestima</i>	<ul style="list-style-type: none"> Promover a autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer as suas qualidades físicas e psicológicas Reconhecer as suas capacidades Aprender a cuidar da sua aparência Melhorar a postura
<i>Autonomia</i>	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver a autonomia em atividades de vida diária Promover a reflexão sobre objetivos e aspirações futuras 	<ul style="list-style-type: none"> Escolher a sua roupa de acordo com as condições meteorológicas, sem ajuda Cuidar do seu cabelo diariamente, sem ajuda Adequar a roupa aos contextos sociais, sem ajuda Trabalhar a capacidade de tomada de decisões relacionadas com a vida futura
<i>Estilo de Vida</i>	<ul style="list-style-type: none"> Promover hábitos de vida saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> Aprender aspetos base acerca de uma alimentação saudável Manter uma alimentação saudável Aprender exercícios físicos

A sessão-tipo do acompanhamento individual descreve-se como:

- 1) Diálogo inicial, para a F.S recordar a sessão anterior e ter um momento de partilha das ocorrências da semana – 10 minutos;
- 2) Atividade principal – 30/40 minutos;
- 3) Diálogo final, onde a F.S refletiu as atividades – 10 minutos.

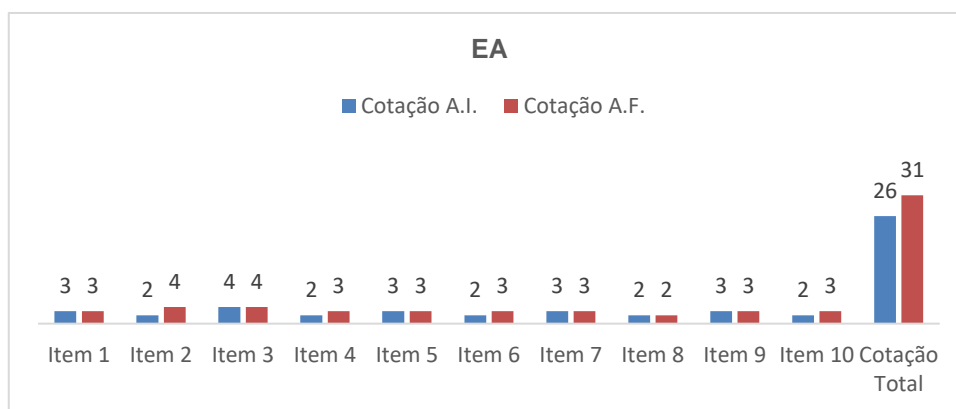
Para trabalhar temas como a autoestima, a aparência, a alimentação e o futuro a estagiária elaborou atividades dinâmicas com o auxílio do programa PowerPoint, pelo que a F.S

demonstrou bastante agrado pela utilização do computador. Também se realizaram atividades mais práticas, como a realização conjunta de exercícios físicos, atividades para melhorar a postura e atividades de vida diária (e.g. aprender a pentear-se com auxílio do espelho).

○ **Apresentação e Discussão de Resultados da Intervenção**

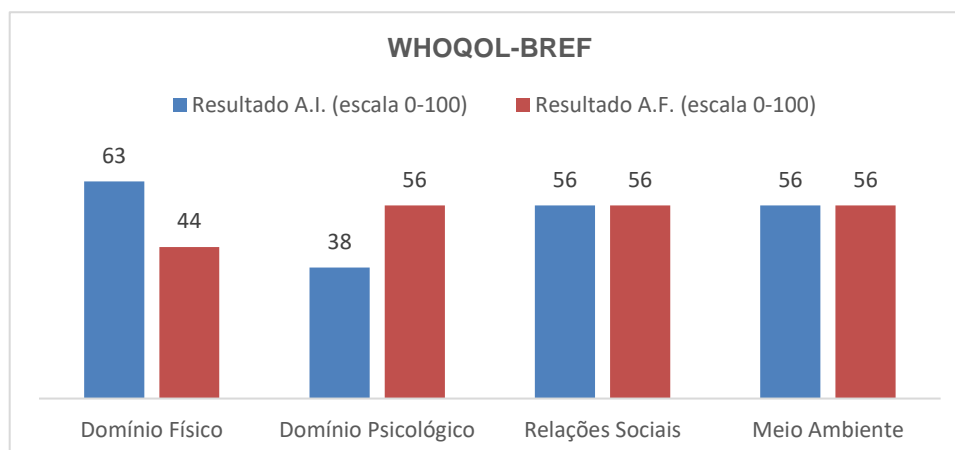
Apresentam-se seguidamente a comparação dos resultados da avaliação inicial e final dos instrumentos EA e WHOQOL-BREF bem como as respostas da F.S ao *Questionário de Avaliação do Acompanhamento* realizado no final da intervenção.

Figura 13 - Comparação dos resultados entre a avaliação e final do instrumento EA, relativos ao Acompanhamento Individual no FSO.



Verifica-se pela figura 13 que a cotação total da EA aumentou de 26 para 31, tendo-se mantido na autoestima de grau médio. Este aumento deveu-se à subida das cotações dos itens 2 (“Tenho tendência a sentir que sou um fracassado(a) em tudo”), 4 (“Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas”), 6 (“Tenho uma atitude positiva perante mim mesmo(a)”) e 10 (“Às vezes penso que não sou grande coisa”) itens 2, 6 e 10 com cotações invertidas). Os restantes itens mantiveram a mesma cotação.

Figura 14 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento WHOQOL-BREF, relativos ao Acompanhamento Individual no FSO.



Relativamente aos dois primeiros itens do WHOQOL-BREF, na questão “Como avalia a sua qualidade de vida?” a F.S. selecionou a mesma resposta, “Nem Boa Nem Má”, correspondendo a uma cotação de 3. À questão “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?”, a F.S. passou de um “Nem satisfeito nem insatisfeito” para um “Satisfeito”.

O “Domínio Físico” sofreu uma descida devido à cotação do item 3 (“Em que medida as suas dores físicas o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?”) ter passado de 4 (“Pouco”) para 3 (“Nem muito nem pouco”) bem como do item 17 (“Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?”) que passou de 4 (“Satisfeito”) para 3 (“Nem satisfeito nem insatisfeito”).

Contrariamente, a cotação do “Domínio Psicológico” aumentou, pelo que a F.S. cotou na avaliação final o item 11 (“É capaz de aceitar a sua aparência física?”) com 3, correspondendo a “Moderadamente” e o item 26 (“Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?”) com 2 correspondendo a “Poucas vezes”. Assim, o item 11 passou de uma cotação de 2 (“Pouco”) para 3 e o item 26 de 3 (“Algumas vezes”) para 2. O “Meio Ambiente” e as “Relações Sociais” mantiveram a sua cotação, não tendo sido o foco da intervenção.

Considerou-se que o trabalho realizado para promover a autoestima foi positivo, tendo-se verificado melhorias na mesma. Estas melhorias podem-se relacionar com o facto de existir uma auto valorização mais positiva pela F.S. das suas competências e atributos físicos e psicológicos, uma vez que a auto estima é o conjunto de pensamentos e sentimentos que um indivíduo tem do seu valor e competência, refletindo-se numa atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo (Rosenberg, 1965 cit in Sbicigo, Bandeira & Dell’Agio,

2010). O facto de ter iniciado voluntariado e de este ser acompanhado pela estagiária também poderá ter tido um impacto positivo na autoestima da F.S, por se considerar útil.

Em relação à autonomia, o facto do item 17 ter descido de cotação pode-se relacionar com o facto de a F.S ter mais consciência do que é ser autónoma relativamente à sua idade. Ou seja, tendo a intervenção centrado tanto na prática como na reflexão do que uma adulta deverá ter que ser capaz de fazer no que diz respeito a tarefas do dia-a-dia como tomadas de decisão de vida, a F.S poderá ter percebido que não desempenha as mesmas como desejado. No entanto, começou a ser autónoma na escolha da roupa e começou a ter interesse no cuidado do cabelo.

Ao longo do período de intervenção a F.S começou a realizar uma dieta de emagrecimento e a praticar hidroginástica, pelo que a estagiária ia estando a par das refeições que a F.S escolhia e das idas às aulas de hidroginástica. Assim, a discussão dos temas de estilos de vida saudável teve um impacto positivo indireto, pelo que serviu como forma de motivação para a sua prática.

As respostas da F.S. ao *Questionário de Avaliação do Acompanhamento* relacionam-se com os resultados obtidos, tendo referido neste âmbito que mudou comportamentos do seu dia-a-dia, nomeadamente: “Melhorei o comportamento pessoal, maneiras de agir e melhorei a minha autoestima. Melhorei os meus hábitos alimentares”. As três palavras selecionadas para descrever a experiência ao longo do acompanhamento foram “Saudável”, “Melhor autoestima” e “Mais autónoma”.

- **Psicomotricidade no FAS**

- **Avaliação**

Para a avaliação inicial e final do grupo desta atividade foi utilizado o instrumento de avaliação Grelha de Observação Comportamental (GOC).

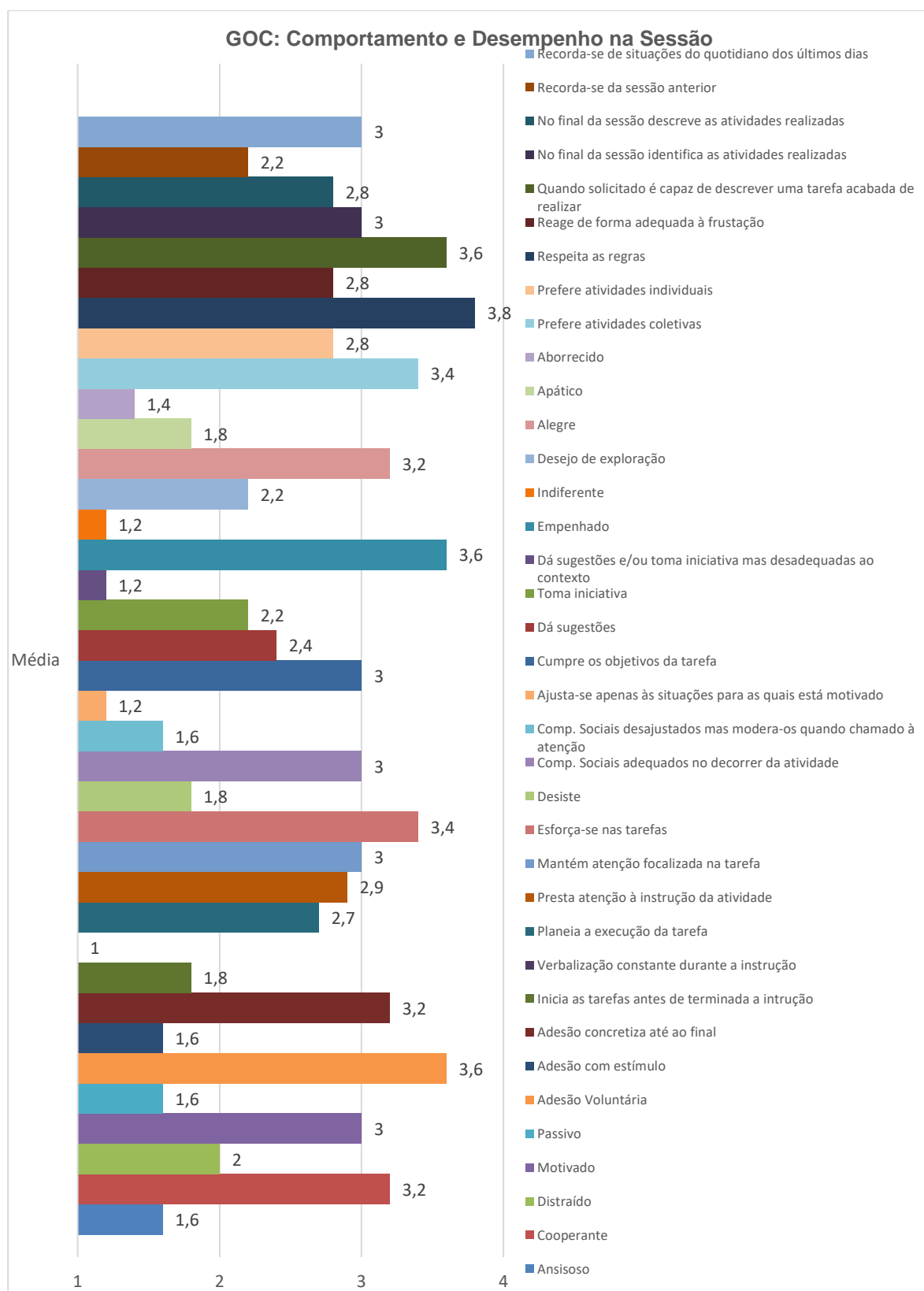
A GOC (Frazão, Malheiro, Moreira, Martins e Simões, 2015) tem como fim organizar as observações do comportamento dos indivíduos durante a sessão, sendo destinado a população com diagnóstico de perturbação psiquiátrica. Está dividido em três domínios: (1) Comportamento e desempenho; (2) Relação; e (3) Componentes psicomotoras. A estagiária realizou algumas alterações de modo a existir um preenchimento mais eficaz e adicionou itens pertinentes para a sua intervenção: “Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais em si”, “Coordena movimentos manuais com referências percetivo visuais”, “Coordena movimentos podais com referências percetivo visuais” e “Coordena

movimentos entre os membros superiores e inferiores”. O preenchimento é realizado pelos técnicos, de acordo com uma escala de frequência do comportamento descrito, nomeadamente: 1 – Nunca/Quase Nunca; 2 – Poucas Vezes; 3 – Muitas Vezes; e 4 – Sempre/Quase Sempre. Além disso, existe sempre a possibilidade de registar uma observação qualitativa em cada um dos itens. Utilizou-se a GOC para verificar as áreas fortes e fracas nos domínios referidos, que se relacionam com a atividade de “Psicomotricidade” no FAS, de modo a estipular os objetivos para a intervenção e comparar no final da intervenção os resultados de modo perceber a sua eficácia.

- **Resultados da Avaliação Inicial**

De seguida apresentam-se as médias das cotações da GOC, que por ser um instrumento extenso, dividiu-se os resultados por categorias, nomeadamente: comportamento e desempenho na sessão, comunicação verbal e não verbal, características gerais na relação, relação com o terapeuta e relação com os colegas, e componentes psicomotoras.

Figura 15 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.



De acordo com o gráfico da figura 15, o grupo apresentou na maioria das vezes uma postura cooperante e motivada perante a tarefa, com cotações de 3.2 e 3 respetivamente. A ansiedade, distração e passividade revelaram-se menos vezes, tendo cotações médias baixas.

A “Adesão na Tarefa” foi maioritariamente voluntária (cotação de 3.6), existindo alturas pontuais em que a adesão necessitou de estímulo. Além disso, a concretização da tarefa até ao final teve uma cotação média de 3.2, não refletindo dificuldades neste âmbito por parte do grupo.

Este não demonstrou impulsividade, já que os itens “inicia as tarefas antes de terminada a instrução” e “verbalização constante durante a instrução” tiveram cotações médias de 1.8 e 1, respetivamente. Ainda na subcategoria “Impulsividade”, a cotação média do planeamento das ações foi de 2.7, sendo uma área intermédia.

Relativamente à “Atenção”, de uma forma geral é uma área intermédia, pelo que a média para a atenção durante a instrução foi de 2.9 e durante a tarefa de 3. Apesar de serem cotações médias próximas de áreas fortes, observou-se em algumas atividades que trabalham a atenção alguma dificuldade neste campo.

A maior parte do grupo esforçou-se nas tarefas, existindo poucos indivíduos que tenderam a desistir. No entanto, revelou-se importante trabalhar esta questão individualmente, tentando perceber-se o motivo da desistência e sua redução.

No ajustamento à tarefa, de uma forma positiva, destacou-se que os comportamentos sociais na tarefa ajustados bem como o cumprimento dos objetivos da tarefa têm uma média de 3, existindo alguns indivíduos que pontualmente tiveram comportamentos desajustados, mas que foram reajustados quando chamados à atenção (cotação de 1.6) e situações em que um indivíduo apenas se ajusta quando motivado (cotação de 1.2).

Na subcategoria “Iniciativas e Sugestões” observou-se que os itens tiveram uma cotação média não muito elevada, não sendo uma área forte (item “dá sugestões” com cotação média de 2.4 e “toma iniciativa” com 2.2). No entanto, a cotação média de dar iniciativas e sugestões desadequadas ao contexto foi reduzida.

No que consta à “Motivação”, observaram-se mais empenhados (cotação de 3.6) do que indiferentes (cotação de 1.2).

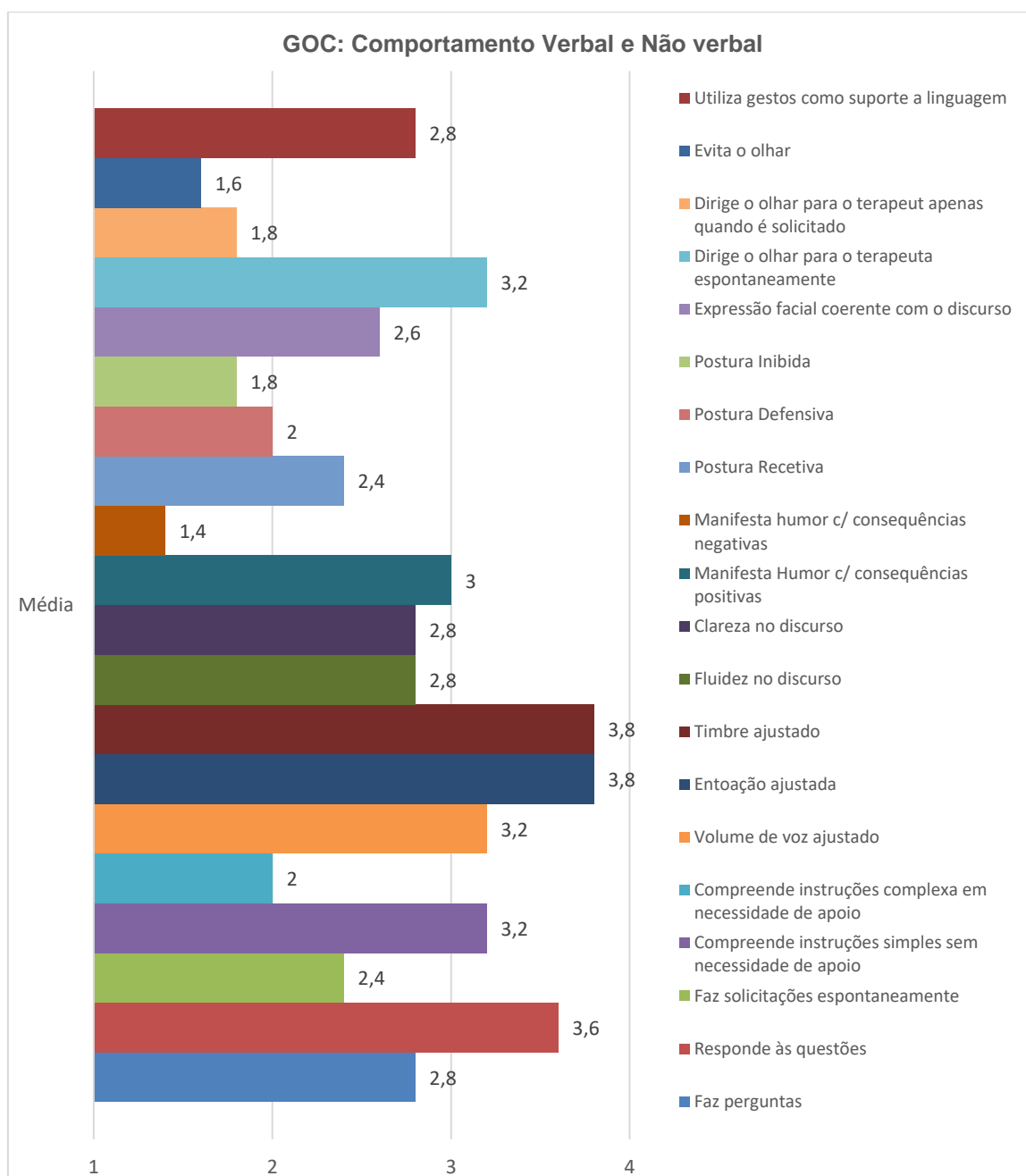
No “Prazer Lúdico” a cotação média de se demonstrarem alegres foi superior a estarem apáticos ou aborrecidos, tendo sido as cotações destes últimos reduzidas. O desejo de exploração tem uma cotação média de 2.2, sendo uma questão na qual se arranjam estratégias durante a sessão para aumentar. Ainda no “Prazer Lúdico” observou-se que o

grupo preferiu tanto atividades individuais como grupais, sendo a cotação média para as grupais superior.

O respeito pelas regras teve uma cotação média elevada, de 3.8, e a reação adequada à frustração evidenciou-se uma área intermédia, com cotação média de 2.8, sendo importante ser trabalhada.

Na “Memória de Trabalho” verificou-se que o grupo não apresentou dificuldade em recordar-se das tarefas acabadas de realizar, porém, apresentaram algumas dificuldades em identificar e recordar as atividades realizadas no final de sessão, considerando-se áreas intermédias. Na “Memória a Longo Prazo” já se verificou uma dificuldade maior em recordarem a sessão anterior (cotação de 2.2) mas não em recordarem tarefas do quotidiano dos últimos dias (cotação média de 3).

Figura 16 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.

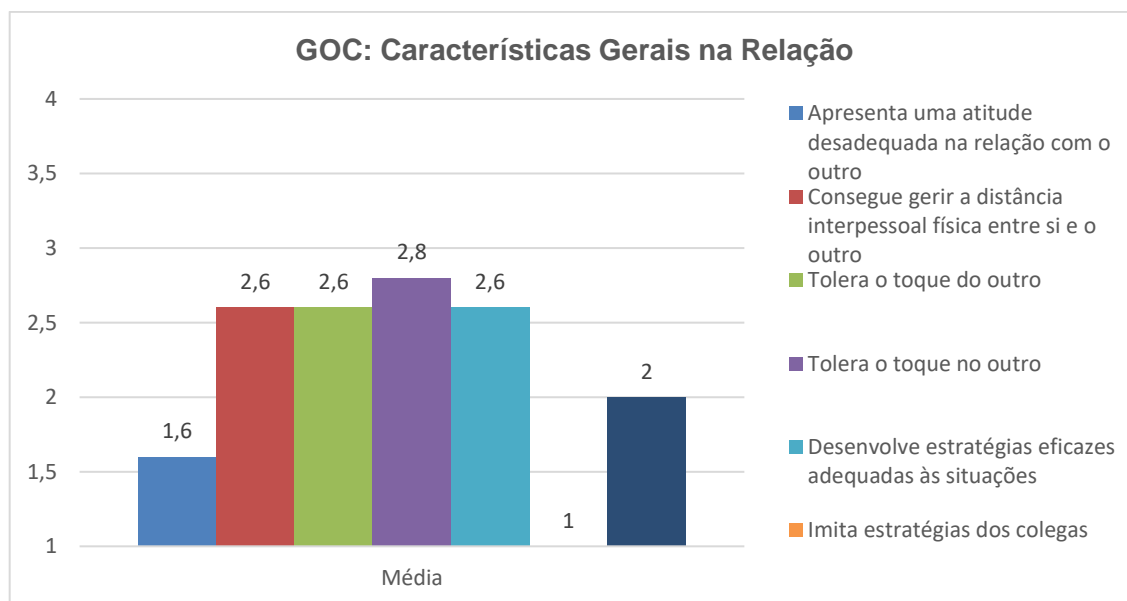


No que respeita à comunicação verbal e não verbal considerou-se como área fraca a compreensão de instruções complexas sem necessidade de apoio, tendo sido importante a utilização de instruções simples e sucintas nas sessões pela estagiária. Como áreas intermédias, teve-se a questão de fazer perguntas (2.8), fazer solicitações espontaneamente (2.4), a fluidez e a clareza no discurso (2.8), a postura recetiva (2.4), a expressão facial coerente com o discurso (2.6), manifestar humor com consequências positivas (3) e a utilização de gestos como suporte à linguagem (2.8). Assim, realçou-se a importância do grupo ter iniciativa e dar sugestões bem como de motivar os clientes a

participarem de uma forma direta nas atividades (e.g. motivar a dar sugestões nas atividades). Também se considerou importante que o grupo explicasse as instruções recebidas antes de realizar as atividades, tanto para planejar antecipadamente as suas ações, como para melhorar o seu discurso, sendo este não um objetivo para a intervenção mas um aproveitamento de um deles. Neste âmbito considerou-se que era necessário incrementar a expressão corporal para trabalhar a comunicação não verbal.

Como áreas fortes teve-se a questão de responder às questões, compreender instruções simples sem apoio, o volume, a entoação e o timbre ajustados e dirigir espontaneamente o olhar para o terapeuta. De uma forma positiva, estando entre a cotação de 1 (“Nunca/Quase Nunca”) ou 2 (“Poucas vezes”) teve-se a manifestação de humor com consequências negativas, a postura inibida ou defensiva, dirigir o olhar apenas quando é solicitado e evitar o olhar.

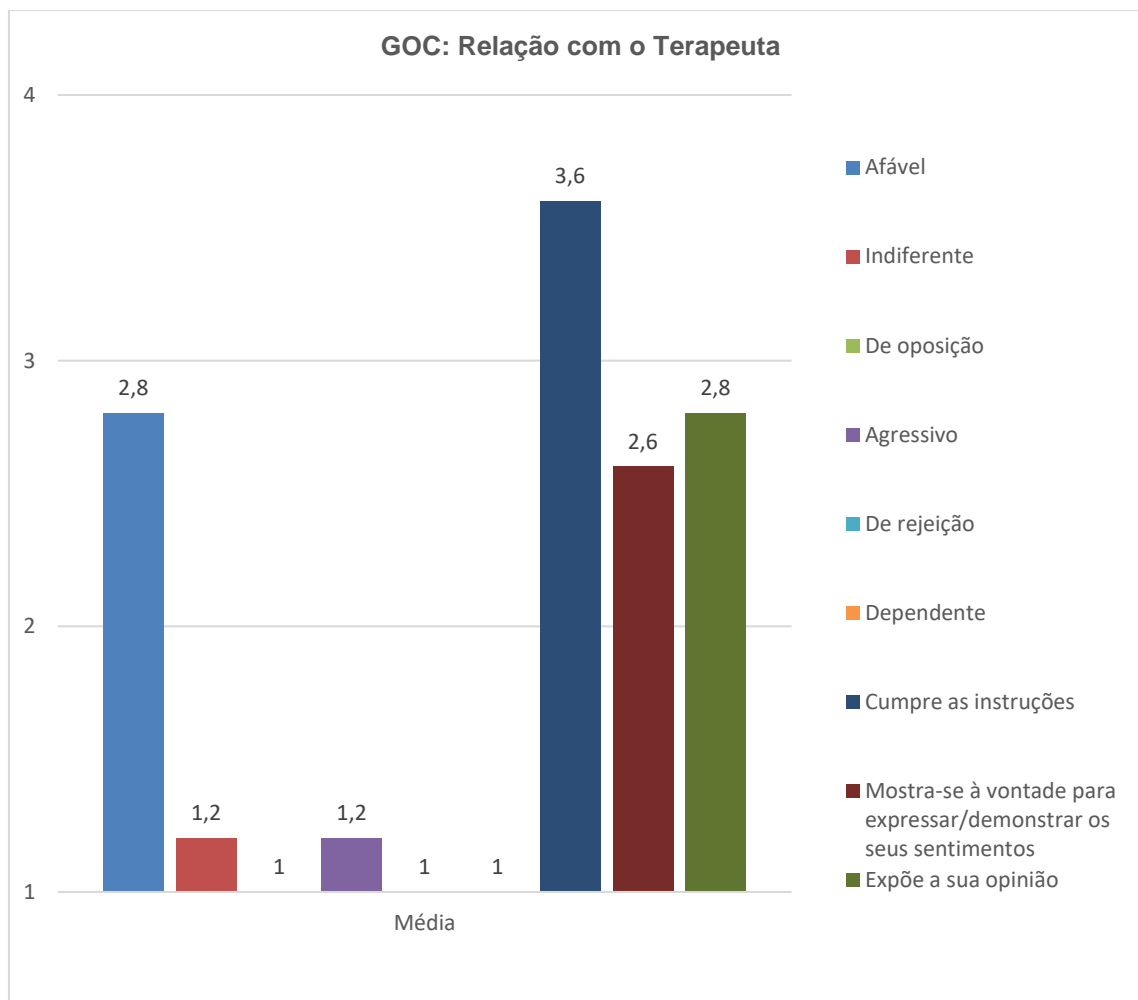
Figura 17 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.



Observando o gráfico na figura 17, percebeu-se que o grupo avaliado não apresentou uma atitude desadequada com os outros, tendo sido a cotação média de 1.6. A gestão física entre si e o outro bem como o toque tanto no outro como do outro consideraram-se áreas intermédias, com cotações de 2.6 para os dois primeiros itens e 2.8 para o último. Assim, tornou-se relevante realizar atividades que tivessem em consideração a cooperação e a entreaajuda entre o grupo bem como jogos com estabelecimento de regras no que respeita à distância física. Em relação às “Estratégias de Resolução de Problemas”, considerou-se uma área intermédia com cotação de 2.6 para o desenvolvimento de estratégias eficazes,

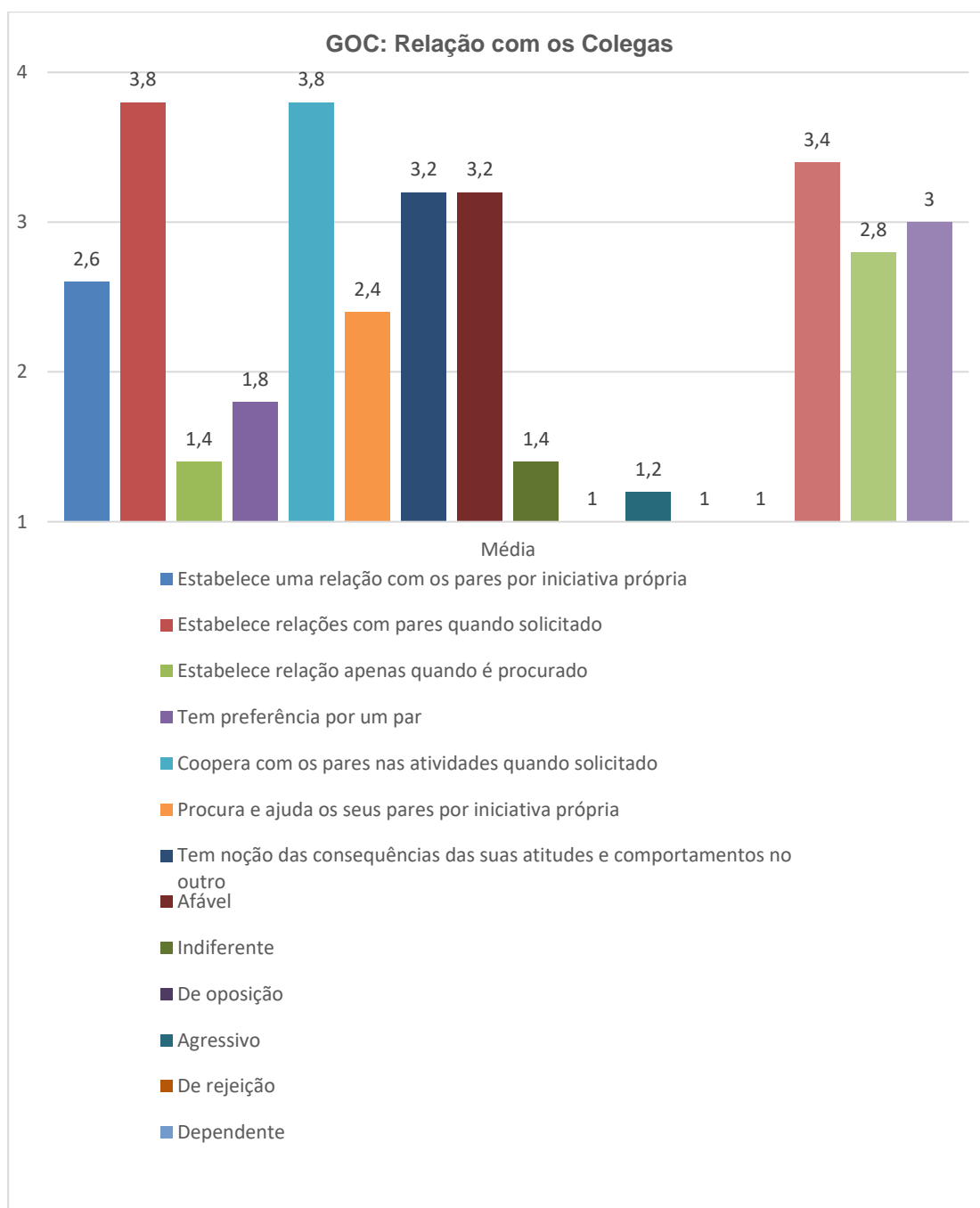
tendo tido o item de desenvolvimento de estratégias pouco eficazes cotação média de 2. No entanto, nenhum indivíduo imitou as estratégias dos colegas.

Figura 18 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.



A relação entre o grupo e o terapeuta nesta fase inicial revelou-se mais afável, com uma média de cotação de 2.8, do que indiferente, de oposição, agressiva, de rejeição ou dependente, tendo sido as cotações médias destes itens reduzidas. As instruções do terapeuta foram cumpridas a maior parte das vezes, tendo tido o item respetivo cotação de 3.6. Alguns dos indivíduos expuseram a sua opinião e sentiram-se à vontade para expressar e demonstrar os sentimentos e outros não tanto, tendo sido a cotação média de 2.8 e 2.6, respetivamente. Para a intervenção, ambicionou-se uma relação terapêutica de confiança, caracterizada pela afabilidade, confiança e à vontade para partilha de opiniões e sentimentos para com a estagiária.

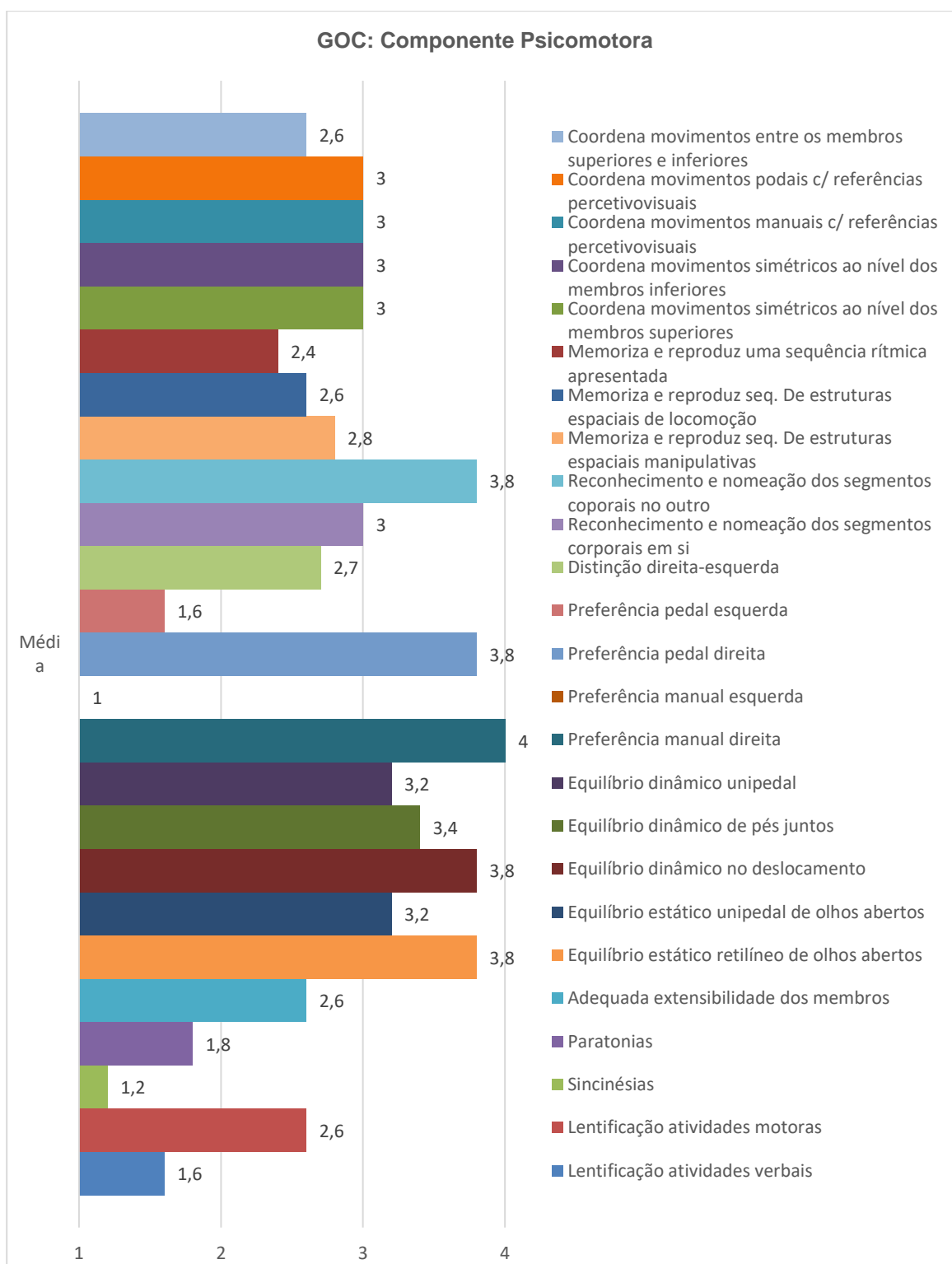
Figura 19 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.



Relativamente à relação entre o grupo, a cotação média para o estabelecimento de relações com os pares por iniciativa própria foi de 2.6, tendo-se considerado que ao longo da intervenção esta média aumentasse. O grupo relacionou-se com os pares quando solicitado a maioria das vezes, tendo sido a média de cotação elevada, de 3.8, pelo que a média para estabelecer relações apenas quando solicitado foi reduzida, de 1.4. A média de cotação para a preferência de um par foi reduzida. A nível da “Cooperação”, quando solicitados os elementos do grupo cooperaram entre si, pelo que por iniciativa própria a

cotação média foi de 2.4, tendo-se revelado uma área a ser trabalhada. A maioria das vezes souberam as consequências dos seus comportamentos no outro. O “Tipo de Relação” foi maioritariamente afável com uma cotação média de 3.2, pelo que a cotação média para indiferente foi de 1.4 e para agressivo de 1.2, sendo de 1 (relativo a “Nunca/Quase Nunca) para os restantes itens. O cumprimento de instruções na relação com os pares foi positivo, tendo uma cotação média de 3.4. Por fim, no que respeita o “Grau de Confiança” apesar de se ter considerado uma área intermédia, revelou-se importante ter sido trabalhada nas sessões, tendo o item “mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos” tido cotação média de 2.8 e o “expõem a sua opinião” de 3.

Figura 20 - Resultados da avaliação inicial do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.



No que compete aos aspetos psicomotores, na “Lentificação na Resposta” observou-se que nas atividades verbais a cotação média foi de 1.6, tendo sido reduzida e por isso não se terem revelado dificuldades, e nas atividades motoras de 2.6, tendo sido uma área intermédia. Na “Tonicidade” observou-se mais vezes uma adequada extensibilidade dos

membros, tendo sido a cotação média das sincinesias e paratonias reduzida. Porém, a cotação do item de adequada extensibilidade foi de 2.6, tendo-se considerado que a tonicidade de alguns indivíduos podia ser trabalhada. No “Equilíbrio” as cotações médias dos itens foram superiores a 3.1, tendo sido uma área forte. Neste âmbito existiu apenas um indivíduo que necessitou de alguma supervisão por parte do técnico para realizar as tarefas de equilíbrio devido a dificuldades visuais. Para a “Lateralidade” percebeu-se que todos os indivíduos tiveram preferência manual direita e a maioria teve preferência pedal direita, tendo existido um indivíduo que também utilizou o pé esquerdo, não tendo tido preferência pedal. Relativamente à “Noção do Corpo”, a distinção direita-esquerda teve cotação média de 2.7 e o reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais em si de 3, sendo áreas intermédias. No entanto, como existiram indivíduos que revelaram mais dificuldades do que outros nestas áreas, consideraram-se necessárias de ser trabalhadas. Ainda nesta subcategoria, o reconhecimento e nomeação dos segmentos nos outros teve cotação média de 3.8, não tendo existido dificuldades. Na “Estruturação Espaço-Temporal” evidenciaram-se algumas dificuldades na memorização e reprodução de sequências rítmicas, com cotação média de 2.4, tendo sido a cotação média para as estruturas manipulativas de 2.8 e para as locomotivas de 2.6. Por fim, a nível da “Praxia Global e Fina” de forma geral foi uma área intermédia que se considerou importante ser mantida e aumentada para alguns indivíduos, tendo sido a média de cotação para a coordenação dos movimentos simétricos, tanto para os membros inferiores como superiores, de 3, para a coordenação óculo-manual e óculo-podal também de 3 e para a coordenação entre os membros inferiores e superiores de 2.6.

○ Planeamento da Intervenção

Com os resultados da GOC, identificaram-se três domínios a trabalhar, o relacional, o psicomotor e o cognitivo, estipulando-se os seguintes objetivos:

Tabela 12 - Objetivos elaboradas para a "Psicomotricidade" no FAS.

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<i>Relacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver aspetos relacionais 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a afabilidade da relação entre o grupo e a estagiária Aumentar a cooperação e entreajuda entre o grupo Aumentar a partilha de opiniões e sentimentos entre o grupo e entre este e a estagiária
<i>Psicomotor</i>	<ul style="list-style-type: none"> Promover competências psicomotoras 	<ul style="list-style-type: none"> Diminuir a lentificação nas atividades motoras Manter o equilíbrio Melhorar a consciência do corpo, reconhecendo e nomeando as partes do seu corpo Melhorar a noção do corpo, distinguindo o lado esquerdo do lado direito

Cognitivo		<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a estruturação espaço-temporal a nível manipulativo, locomotivo e de estruturação rítmica • Melhorar ou manter a coordenação óculo-manual e óculo-podal • Melhorar ou manter a coordenação motora global • Incrementar a expressão corporal
	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular as capacidades cognitivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar a iniciativa e realização de sugestões através da tomada de decisões nas tarefas pelo grupo • Aumentar a capacidade de planeamento de tarefas através da antecipação das ações • Incrementar a capacidade de memorização • Aumentar a capacidade de atenção • Incrementar a criatividade

Sendo o grupo heterogéneo, existiram indivíduos que não tiveram dificuldades aparentes em alguns fatores psicomotores, mas dada à sua idade avançada tornou-se relevante promovê-los de modo a diminuir o seu declínio.

A sessão-tipo englobou as seguintes fases:

- 1) Aquecimento (10 minuto): realizaram-se exercícios para mobilizar as articulações e ativar os grandes grupos musculares;
- 2) Atividades principais (30 minutos): trabalharam-se os objetivos estipulados;
- 3) Alongamentos (5 minutos): realizaram-se exercícios de alongamento muscular para evitar lesões após as atividades;
- 4) Retorno à calma (10 minutos): proporcionou-se um momento de relaxamento, controlo da respiração e consciencialização corporal após as atividades.

As atividades principais basearam-se na realização de circuitos psicomotores, recorrendo a diversos materiais, bem como a (re)construção de circuitos por parte dos clientes, jogos de equipa, jogos individuais com cooperação, expressão corporal e imitação e criação de sequências de gestos. O retorno à calma consistiu na realização de técnicas de relaxação de respiração e *scan* corporal, mediadas através de instrução verbal por parte da estagiária.

○ **Apresentação e Discussão de Resultados da Intervenção**

Seguidamente apresentam-se os resultados da avaliação final do instrumento de avaliação GOC, comparando-se os mesmos com os resultados da avaliação inicial já apresentados anteriormente. Os resultados são apresentados em tabelas, enaltecendo a negrito os itens que sofreram alterações na sua cotação média em relação à avaliação inicial (descidas no tipo de letra *itálico*).

GOC: Comportamento e Desempenho na Sessão

Tabela 13 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.

Itens	M A.I.	M A.F.
Ansioso	1,6	1,4
Cooperante	3,2	3,6
Distraído	2	1,6
Motivado	3	3,4
Passivo	1,6	1,4
Adesão Voluntária	3,6	3,6
Adesão com estímulo	1,6	1,4
Adesão concretiza até ao final	3,2	3,6
Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	1,8	1,2
Verbalização constante durante a instrução	1	1
Planeia a execução da tarefa	2,6	2,8
Presta atenção à instrução da atividade	2,8	3,2
Mantém atenção focalizada na tarefa	3	3,4
Esforça-se nas tarefas	3,4	3,6
Desiste	1,8	1,4
Comp. Sociais adequados no decorrer da atividade	3	3,2
Comp. Sociais desajustados mas modera-os quando chamado à atenção	1,6	1,2
Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado	1,2	1,2
Cumprir os objetivos da tarefa	3	3
Dá sugestões	2,4	2,8
Toma iniciativa	2,2	2,4
Dá sugestões e/ou toma iniciativa mas desadequadas ao contexto	1,2	1,2
Empenhado	3,6	3,6
Indiferente	1,2	1,2
Desejo de exploração	2,2	2,8
Alegre	3,2	3,2
Apático	1,8	1,6
Aborrecido	1,4	1,2
Prefere atividades coletivas	3,4	3,4
Prefere atividades individuais	2,8	2,8
Respeita as regras	3,8	3,8
Reage de forma adequada à frustração	2,8	2,8
Quando solicitado é capaz de descrever uma tarefa acabada de realizar	3,6	3,6
No final da sessão identifica as atividades realizadas	3	3
No final da sessão descreve as atividades realizadas	2,8	2,8
Recorda-se da sessão anterior	2,2	2,4
Recorda-se de situações do quotidiano dos últimos dias	3	3

Relativamente à subcategoria “Apresentação/Postura na Tarefa”, observa-se na tabela que a ansiedade, a distração e a passividade diminuíram, ainda que na avaliação inicial a cotação média fosse baixa. Contrariamente, a cooperação e a motivação aumentaram, tendo a cotação média de ambas uma subida de 0.4. De facto, uma intervenção psicomotora em grupo tem benefícios na vivência com outros e tornam-se mais dinâmicas (Arágon, 2006).

Na “Adesão” esta continuou a ser a maior parte das vezes voluntária, mantendo a sua cotação média de 3.6. A adesão com estímulo diminuiu de 1.6 para 1.4, observando-se que as poucas vezes que alguns indivíduos necessitavam de estímulo por parte da estagiária para participar se verificaram ainda menos vezes. A cotação média da concretização das tarefas até ao final aumentou de 3.2 para 3.6.

No que respeita à “Impulsividade” esta continuou sem se verificar na avaliação final, pelo que a cotação média de iniciar as tarefas antes de terminada a instrução ainda diminuiu minimamente de 1.4 para 1.2 e a planificação das tarefas aumentou de 2.6 para 2.8. Esta planificação era um dos objetivos da intervenção.

Verificam-se melhorias na “Atenção”, sendo um dos objetivos da intervenção, tendo a atenção durante a instrução aumentado minimamente de 2.6 para 2.8 e a atenção na tarefa de 3 para 3.4. Ao longo das atividades associadas à melhoria da atenção também se observou um incremento desta capacidade através da realização da mesma atividade com maior grau de dificuldade, ainda que a repetição fosse necessária.

O grupo durante a intervenção tendeu a desistir menos durante as tarefas e a esforçar-se mais nas mesmas, pelo que na “Persistência” a cotação do item “esforça-se nas tarefas” aumentou a sua cotação média de 3.4 para 3.6 e a do item “desiste” diminuiu de 1.8 para 1.4.

No “Ajustamento à Tarefa” verificou-se que a cotação média dos comportamentos ajustados durante a atividade aumentou, ainda que não expressivamente, sendo a subida de 0.2. Já os comportamentos desajustados mas moderados quando chamados à atenção teve uma descida de 0.4 na sua cotação média. De facto, a intervenção em grupo permite o estabelecimento espontâneo de regras e limites, muitas vezes impostas pelo próprio grupo (Bueno, 2013). Não existiram alterações nos itens respetivos ao ajustamento do comportamento apenas quando motivado e ao cumprimento dos objetivos, sendo as suas cotações positivas.

Sendo um dos objetivos da intervenção, o item “dá sugestões” aumentou a cotação média como estipulado de 2.4 para 2.8, observando-se nas sessões que os indivíduos começaram a dar tanto sugestões de atividades como de novas possibilidades numa atividade. O item “toma iniciativa” teve um aumento de cotação média não expressivo de 2.2 para 2.4.

Para a subcategoria “Motivação” não se observam alterações nas cotações dos itens “empenhado” e “indiferente”.

No “Prazer Lúdico” apenas se observaram alterações nas cotações médias para o “desejo de exploração”, “apático” e “aborrecido”, tendo o primeiro comportamento aumentado e os dois últimos diminuído. O respeito pelas regras e a reação adequada à frustração mantiveram as suas cotações médias. Este último item era uma área intermédia a ser trabalhada num dos elementos do grupo, no entanto, sessões individuais seriam mais indicadas neste aspeto e numa vertente mais relacional, havendo uma maior predisposição tanto do terapeuta como do cliente (Arágon, 2006).

Por fim, na “Memória” apenas o item “recorda-se da sessão anterior” aumentou a cotação média de 2.2 para 2.4, não sendo expressiva.

As melhorias na motivação perante a tarefa, no esforço, na iniciativa, na realização de sugestões e no prazer lúdico podem-se relacionar com a participação mais ativa ao longo da intervenção, que se expressa através da intenção, desejo, espontaneidade, iniciativa e criatividade (Costa, 2008), já que o processo de intervenção teve em conta as características e interesses do grupo.

GOC: Comportamento Verbal e Não verbal

Tabela 14 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.

Itens	M A.I.	M A.F.
Faz perguntas	2,8	3
Responde às questões	3,6	3,8
Faz solicitações espontaneamente	2,4	3,2
Compreende instruções simples sem necessidade de apoio	3,2	3,2
Compreende instruções complexa em necessidade de apoio	2	2
Volume de voz ajustado	3,2	3,4
Entoação ajustada	3,8	3,8
Timbre ajustado	3,8	3,8
Fluidez no discurso	2,8	2,8

Clareza no discurso	2,8	2,8
Manifesta Humor c/ consequências positivas	3	3
Manifesta humor c/ consequências negativas	1,4	1,4
Postura Recetiva	2,4	3,2
Postura Defensiva	2	1,6
Postura Inibida	1,8	1,4
Expressão facial coerente com o discurso	2,6	2,8
Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente	3,2	3,4
Dirige o olhar para o terapeuta apenas quando é solicitado	1,8	1,4
Evita o olhar	1,6	1,6
Utiliza gestos como suporte a linguagem	2,8	2,8

Observa-se através da tabela acima algumas melhorias relativas à categoria de Comunicação Verbal e Não verbal. No que compete à “Comunicação Verbal”, verificou-se que as cotações médias dos itens “faz perguntas”, “faz solicitações espontaneamente” e “volume de voz ajustado” aumentaram na avaliação final. Os dois primeiros itens podem-se relacionar com o facto de o grupo ter também melhorado a toma de iniciativa e ter dado mais sugestões, mostrando uma participação mais ativa nas atividades ao longo da intervenção. Os restantes itens não sofreram alterações.

Relativamente à “Comunicação Não verbal” existiram melhorias na “Postura”, verificando-se que enquanto a cotação média da postura recetiva aumentou de 2.4 para 3.2, as da postura defensiva e inibida diminuíram de 2 para 1.6 e de 1.8 para 1.4, respetivamente. Na “Expressão Facial” o item “expressão facial coerente com o discurso” aumentou de cotação média de 2.6 para 2.8. Na subcategoria “Olhar” o item relativo ao olhar para o terapeuta espontaneamente aumentou de 3.2 para 3.4, sendo uma subida mínima, e o de olhar apenas quando solicitado diminuiu de 1.8 para 1.4. O item “evita o olhar” manteve a sua cotação média, continuando baixa. Por último, em relação à “Gestualidade”, a utilização de gestos como suporte à linguagem manteve cotação média de 2.8. Estes resultados na comunicação não verbal podem-se associar à utilização de técnicas expressivas em algumas sessões, que recorrem aos elementos da comunicação não verbal como forma de expressão (APP, 2011). Além disso, Boscaini (2003) afirma que a Psicomotricidade cria uma ponte entre linguagem verbal e não verbal, expressando no e com o corpo, podendo ajudar a incrementar a comunicação não verbal.

GOC: Características Gerais na Relação

Tabela 15 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.

Itens	M A.I.	M A.F.
Apresenta uma atitude desadequada na relação com o outro	1,6	1,4
Consegue gerir a distância interpessoal física entre si e o outro	2,6	2,6
Tolera o toque do outro	2,6	2,6
Tolera o toque no outro	2,8	2,8
Desenvolve estratégias eficazes adequadas às situações	2,6	3,2
Imita estratégias dos colegas	1	1
Desenvolve estratégias pouco eficazes	2	2

A nível relacional, no geral, observou-se que as atitudes desadequadas na relação com o outro, ainda que pouco ocasionais na avaliação inicial, diminuíram de cotação média de 1.6 para 1.4. O desenvolvimento de estratégias eficazes adequadas às situações aumentou de 2,6 para 3,2.

GOC: Relação com o Terapeuta

Tabela 16 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.

Itens	M A.I.	M A.F.
Afável	2,8	3,4
Indiferente	1,2	1,2
De oposição	1	1
Agressivo	1,2	1,2
De rejeição	1	1
Dependente	1	1
Cumprir as instruções	3,6	3,6
Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos	2,6	3,2
Expõe a sua opinião	2,8	3,2

Ao nível da relação com o terapeuta, esta continuou predominantemente afável, tendo a cotação para este item aumentado de 2.8 para 3.4, sendo um dos objetivos da intervenção. A cotação média para a relação indiferente, de oposição, agressivo, de rejeição e dependente manteve a cotação média da avaliação inicial, sendo baixa. Relativamente à expressão de sentimentos e opiniões, correspondente aos últimos dois itens da tabela, observou-se um aumento na cotação média de 2.6 para 3.2 para o penúltimo item e de 2.8 para 3.2 para o último. Este aumento também estava definido como objetivo para a

intervenção. Para Mello (1989) a relação entre o terapeuta e o indivíduo é essencial, afirmando que Coste (1981) a vê como determinante para o progresso da intervenção.

GOC: Relação com os Colegas

Tabela 17 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.

Itens	M A.I.	M A.F.
Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria	2,6	3
Estabelece relações com pares quando solicitado	3,8	4
Estabelece relação apenas quando é procurado	1,4	1,2
Tem preferência por um par	1,8	1,4
Coopera com os pares nas atividades quando solicitado	3,8	3,8
Procura e ajuda os seus pares por iniciativa própria	2,4	2,6
Tem noção das consequências das suas atitudes e comportamentos no outro	3,2	3,2
Afável	3,2	3,2
Indiferente	1,4	1,4
De oposição	1	1
Agressivo	1,2	1,2
De rejeição	1	1
Dependente	1	1
Cumpe as instruções	3,4	3,4
Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos	2,8	3,2
Expõe a sua opinião	3	3,4

Observa-se na tabela acima que a relação entre o grupo melhorou ao longo da intervenção.

Em primeiro lugar, o estabelecimento de relação com os pares por iniciativa própria aumentou, tendo passado a cotação média de 2.6 para 3. Verificou-se que todos os elementos do grupo estabeleceram relação com os pares quando solicitado, tendo o item cotação média de 4 na avaliação final. Contrariamente, o item relativo ao estabelecimento de uma relação apenas quando procurado diminuiu de cotação média, ainda que baixa na avaliação inicial, de 1.4 para 1.2, e o item “tem preferência por um par” passou de 1.8 para 1.4, tendo revelado uma maior interação entre todos os elementos.

Esta melhoria na interação também se verificou na subcategoria “Cooperação”, já que o item “procura e ajuda os seus pares por iniciativa própria” aumentou de cotação média de 2.4 para 2.6.

No “Tipo de Relação” não se verificaram alterações, tendo-se mantido a cotação média mais alta no item “afável”. Na subcategoria “Instruções” o item “cumpe instruções” também

manteve a cotação média de 3.4. Por último, no “Grau de Confiança” existiram melhorias tanto na expressão e demonstração de sentimentos, aumentando a cotação média para 3.2, como na partilha de opinião, aumentando para 3.4.

Bueno (2013) afirma que para se estar em grupo o indivíduo tem que ser capaz de constituir relações e perceber as regras básicas sociais, pelo que a intervenção grupal promove a sociabilização e troca de estímulos, corroborando os resultados do grupo.

Deste modo, os objetivos relativos à cooperação e entreajuda bem como partilha de opiniões e sentimentos entre o grupo foram cumpridos.

GOC: Componente Psicomotora

Tabela 18 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento GOC, relativos à "Psicomotricidade" no FAS.

Itens	M A.I.	M A.F.
Lentificação atividades verbais	1,6	1,6
Lentificação atividades motoras	2,6	2,6
Sincinésias	1,2	1,2
Paratonias	1,8	1,8
Adequada extensibilidade dos membros	2,6	2,8
Equilíbrio estático retilíneo de olhos abertos	3,8	3,8
Equilíbrio estático unipedal de olhos abertos	3,2	3,2
Equilíbrio dinâmico no deslocamento	3,8	3,8
Equilíbrio dinâmico de pés juntos	3,4	3,4
Equilíbrio dinâmico unipedal	3,2	3,2
Preferência manual direita	4	4
Preferência manual esquerda	1	1
Preferência pedal direita	3,8	3,8
Preferência pedal esquerda	1,6	1,6
Distinção direita-esquerda	2,6	3,2
Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais em si	3	3,2
Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais no outro	3,8	3,8
Memoriza e reproduz seq. De estruturas espaciais manipulativas	2,8	2,8
Memoriza e reproduz seq. De estruturas espaciais de locomoção	2,6	3,4
Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada	2,4	2,8
Coordena movimentos simétricos ao nível dos membros superiores	3	3
Coordena movimentos simétricos ao nível dos membros inferiores	3	3
Coordena movimentos manuais c/ referências percetivovisuais	3	3
Coordena movimentos podais c/ referências percetivovisuais	3	3
Coordena movimentos entre os membros superiores e inferiores	2,6	2,6

Relativamente à Componente Psicomotora, existiram apenas algumas melhorias de

acordo com o desejado. Na subcategoria “Lentificação na Resposta” era um dos objetivos de intervenção que o item “Lentificação nas atividades motoras” diminuísse, no entanto, a cotação na avaliação final manteve-se. Pode-se relacionar com o facto de para além das dificuldades psicomotoras associadas à lentificação dos movimentos se observar em indivíduos com Esquizofrenia (Morrens, Hulstijn e Sabbe, 2006), a idade mais avançada de alguns elementos poderá ter influenciado, visto que com a idade a qualidade do movimento diminui no que respeita à agilidade, destreza, velocidade e força (Bueno, 2013).

Na “Tonicidade” a adequada extensibilidade dos membros aumentou de cotação média de 2.6 para 2.8, que apesar de não ser expressiva não estava definido como objetivo. Esta subida deveu-se à diminuição do estado hipertónico e catatónico de um dos indivíduos ao longo da intervenção.

Em relação ao “Equilíbrio” nenhum item sofreu nem descidas nem subidas na sua cotação média, pelo que o objetivo na intervenção era mantê-lo. Além disso, os resultados da avaliação tanto inicial como final não corroboram o estudo de Kent, Hong, Bolbecker, Klaunig, Forsyth, O'Donnell e Hetrick (2012), onde se verificaram dificuldades no equilíbrio num grupo de indivíduos com Esquizofrenia em relação ao grupo de controlo.

Na “Lateralidade” também não se observaram alterações.

Relativamente à “Noção do Corpo”, existiram melhorias expressivas na distinção entre o lado direito e esquerdo do corpo (cotação média aumentou de 2,6 para 3,2) e melhorias não expressivas no item “reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais no outro” (cotação média aumentou de 3 para 3.2). A utilização da expressividade e de retorno à calma poderá ter contribuído, visto que a técnicas de relaxação e as terapias expressivas aumentam o conhecimento do corpo (Maximiano, 2006).

Na “Estruturação Espaço-Temporal” na manipulação e memorização de estruturas espaciais manipulativas não se observaram alterações na cotação média, mas sim nas estruturas espaciais de locomoção e rítmicas, pelo que a cotação aumentou de 2.6 para 3.4 e de 2.4 para 2.8, respetivamente. De facto, a ênfase na intervenção foi relativa aos ritmos e à realização de circuitos, não se dando tanta relevância às estruturas manipulativas. A utilização de técnicas gnoso práxicas que estimularam as competências psicomotoras de tempo e espaço (APP, 2011; Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010) pode estar na base desta melhoria.

Por último, na subcategoria “Coordenação” não se verificaram nem reduções nem aumentos nas cotações dos itens, sendo o objetivo manter ou aumentar, visto que alguns elementos do grupo demonstravam dificuldades. Para além das dificuldades de coordenação associadas aos défices motores existentes em indivíduos com Esquizofrenia, cujo impacto aumenta com a idade e a duração da perturbação (Chan, Xu, Heinrichs, Yu e Wang, 2010), as dificuldades de coordenação de alguns elementos podem-se associar ao facto de a praxia global rechamar tanto a tonicidade e a equilibração, permitindo a estabilidade, como a coordenação entre a lateralização, noção do corpo e estruturação espaciotemporal, harmonizando o espaço intra corporal com o extra corporal (Fonseca, 2010). Assim, tendo alguns elementos do grupo dificuldade em algumas destas bases, a coordenação poderá ser uma área a ser trabalhada passo-a-passo e a longo prazo, através das pequenas melhorias dessas bases como observado nesta intervenção.

- **Faz por ti no FAS**

- **Avaliação**

Tanto na avaliação inicial como na final foram aplicados os seguintes instrumentos:

- 1) *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (CAECS);
- 2) Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal (ECCRI);
- 3) Teste de Assertividade (TA).

Tanto a CAECS como a ECCRI já foram descritas anteriormente, na Psicomotricidade no FSO.

O TA (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Felisberto e Antunes, 2005) tem como objetivo perceber o tipo de comportamento predominante de um indivíduo, nomeadamente, assertivo, passivo ou agressivo. Para tal, é constituído por 10 situações do dia-a-dia com três opções de resposta, que correspondem ao tipo de comportamento.

Como algumas situações não são habituais no contexto de vida do grupo, a estagiária selecionou apenas as situações 1, 2, 3, 7 e 9, pelo que leu cada uma delas e questionou ao grupo como reagiriam perante as mesmas ao invés de dar as opções de resposta, que são muito específicas. Assim, este instrumento apenas permitiu à estagiária uma avaliação qualitativa do comportamento dos indivíduos e perceber se ocorrerem alterações positivas de acordo com a intervenção. No grupo com mais limitações apenas estavam presentes 3

indivíduos que foram selecionados para a avaliação, pelo que para s restantes 3 se considerou a evolução observada pela estagiária nas atividades de assertividade.

A CAECS e a ECCRI foram aplicadas nos intervalos entre atividades na sala das borboletas do FAS, sendo selecionados pequenos grupos, já que existiu maior dificuldade em perceber o conteúdo de alguns itens e alguns indivíduos necessitaram de apoio individual. No caso da A.P e do F.A a estagiária leu cada um dos itens em voz alta, já que a primeira tem dificuldades visuais e o segundo não sabe ler. No primeiro momento de avaliação o P.B e o J.C levaram os instrumentos para preencherem em casa, dado que não estavam disponíveis quando a estagiária estava no FAS. Na avaliação final observou-se que o P.B se demonstrava ansioso no preenchimento da ECCRI, levando a CAECS para preencher sozinho. O A.C na avaliação final apenas preencheu a ECCRI, rejeitando-se a preencher a CAECS.

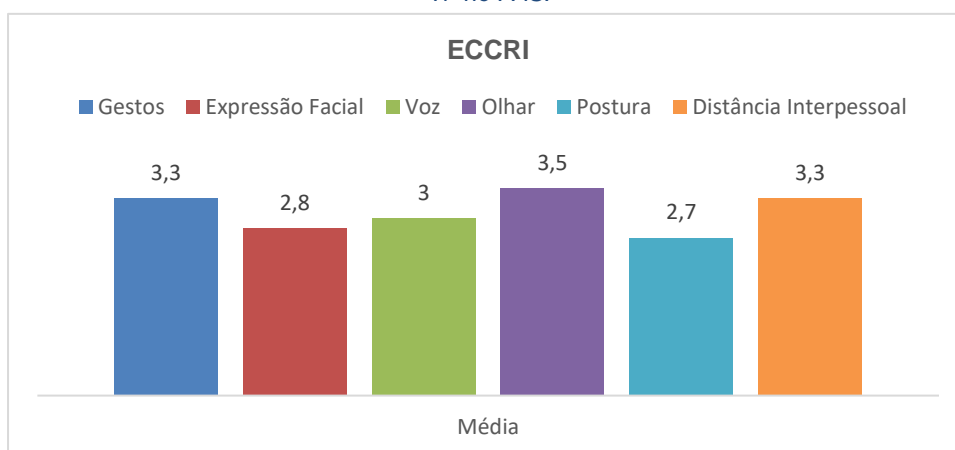
O TA também foi aplicado na sala das borboletas do FAS, durante a atividade do Faz por Ti. Durante a aplicação estavam presentes a estagiária, os clientes e o Psicomotricista Nelson.

○ Resultados da Avaliação Inicial

Apresentam-se de seguida os resultados da avaliação inicial relativamente aos instrumentos CAECS, ECCRI e TA. Os resultados dos dois primeiros são apresentados em gráficos que ilustram as cotações médias, e os do TA apresentam-se numa tabela consoante o tipo de comportamento que cada indivíduo demonstrou.

Grupo 1 (Grupo com mais limitações)

Figura 21 - Resultados da avaliação inicial do instrumento ECCRI, relativos ao grupo 1 do "Faz Por Ti" no FAS.



De acordo com os resultados representados na figura 21, todas as competências interpessoais tiveram uma média de cotação igual ou inferior a 3.5, sugerindo que a comunicação não verbal é uma área que necessitava de ser promovida. As competências mais fracas foram perceber os outros através da expressão facial e da postura, e a mais forte foi perceber os outros através do olhar. Estando as médias de cotações entre os 2.51 e os 3.5, consideram-se todas as competências áreas intermédias. Assim, evidenciou-se a importância trabalhar todas as competências, enfatizando-se a expressão facial e a postura.

Figura 22 - Resultados da avaliação inicial do instrumento CAECS, relativos ao grupo 1 do "Faz Por Ti" no FAS.



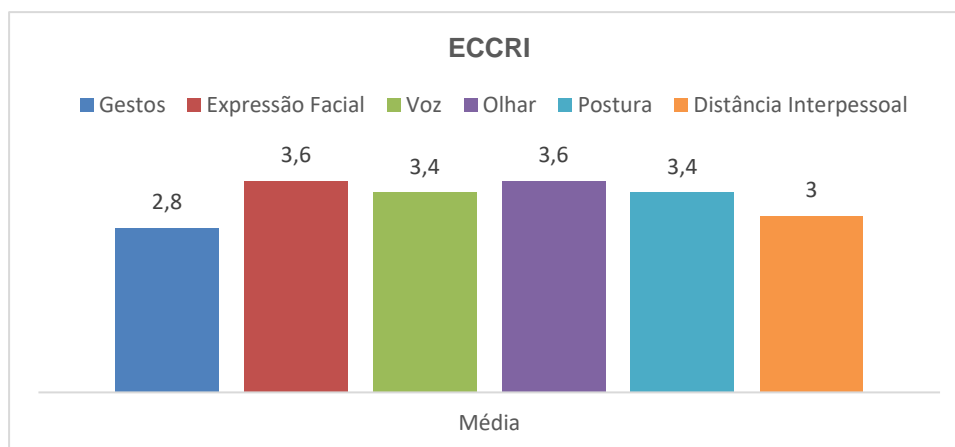
Relativamente à CAECS, as competências mais fortes, que se destacaram também como uma área forte, foram as “Competências Sociais Avançadas” (cotação de 31.8 que equivale a 79.5%). As restantes competências consideraram-se áreas intermédias, estando entre os 50 a 79.9%, pelo que entre estas as “Competências para Lidar com os Sentimentos” e para lidar com o *stress* foram as mais fracas (58.9% e 55.5%, respetivamente).

Especificando as competências com mais dificuldade, destacaram-se as que obtiveram cotação inferior a 3: “começar uma conversa” (2.8), “expressar afeto” (2.8), “lidar com o medo” (2.6), “gratificar-se a si próprio” (2.2), “partilhar alguma coisa” (2.6), “defender os seus direitos” (2.6), “responder a uma queixa” (2.4), “lidar com a vergonha” (2.2), “lidar com a rejeição” (2.4) e “responder à persuasão” (2.8).

No TA (ver resultados em anexo na pasta “7. Outputs de Avaliação no Excel FAS”) a maior parte das respostas foram relativas a comportamentos assertivos, no entanto o J.P. nos itens 1 e 2 teve respostas relativas a comportamentos agressivos. Há que referir que a H. apesar de ter dado respostas assertivas, habitualmente manifesta comportamentos agressivos.

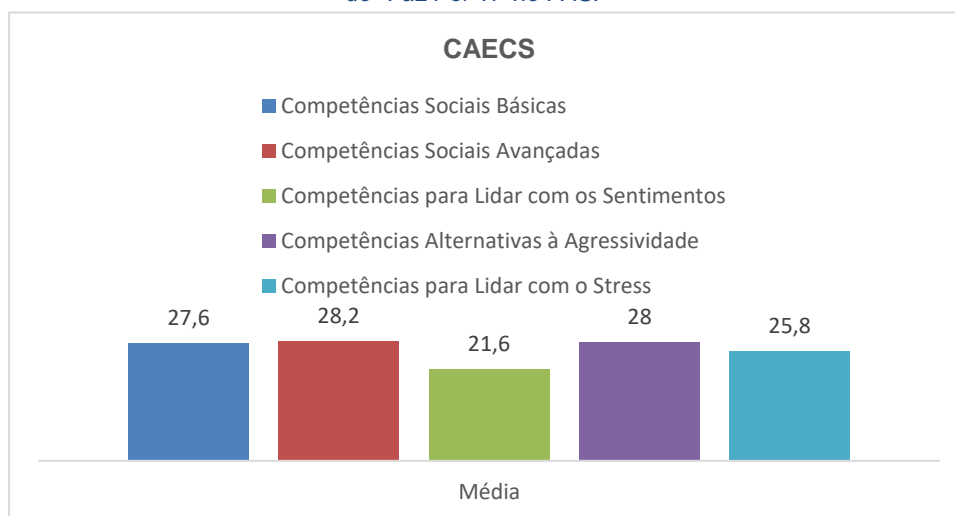
Grupo 2 (Grupo com menos limitações)

Figura 23 - Resultados da avaliação inicial do instrumento ECCRI, relativos ao grupo 2 do "Faz Por Ti" no FAS.



Verificando o gráfico acima, perceber os outros pela expressão facial (3.6) e pelo olhar (3.6) consideram-se áreas fortes, estando acima dos 3.5. As restantes competências interpessoais consideraram-se áreas intermédias, sendo que perceber os outros pelos gestos foi a competência com média mais baixa.

Figura 24 - Resultados da avaliação inicial do instrumento CAECS, relativos ao grupo 2 do "Faz Por Ti" no FAS.



De uma forma geral, as médias das competências da CAECS variaram entre os 61.7% a 70.5%, estando dentro do intervalo em que se consideraram áreas intermédias. A média mais baixa correspondeu às "Competências para Lidar com os Sentimentos" seguida das "Competências para Lidar com o Stress" e a mais alta às "Competências Sociais Avançadas".

Especificando as competências que obtiverem cotação inferior a 3, teve-se: “começar uma conversa” (2.8), “juntar-se a um grupo” (2.6), “expressar os sentimentos” (2.6), “lidar com a fúria de alguém” (2.8), “lidar com o medo” (2.6) e “lidar com a pressão de grupo” (2.8).

Em relação ao TA (ver resultados em anexo na pasta “7. Outputs de Avaliação no Excel FAS”) dois indivíduos manifestaram comportamentos assertivos em todos os itens, tendo o M.S. comportamentos agressivos nos itens 1, 2 e 9 e o P.B. comportamentos passivos nos itens 1 e 2.

A nível das competências interpessoais avaliadas através da ECCRI, enquanto o grupo I evidenciou mais dificuldades em perceber os outros pelo olhar e postura, o grupo II revelou mais dificuldades em perceber os outros pelos gestos. O grupo II demonstrou maioritariamente cotações médias mais altas neste instrumento, à exceção dos gestos e da distância interpessoal. Na CAECS, as “Competências para Lidar com os Sentimentos” e com o *Stress* foram as mais fracas no grupo I, sendo a primeira a mais fraca também para o grupo II. As “Competências Sociais Avançadas” foram uma área forte em ambos os grupos. As cotações médias também foram maioritariamente mais elevadas no grupo II, à exceção das “Competências Sociais Básicas” e “Competências Sociais Avançadas”. A estagiária esperava que estas duas competências fossem mais elevadas no grupo II, visto ser o grupo que no dia-a-dia demonstra mais competências sociais.

○ **Planeamento da Intervenção**

De acordo com os resultados dos instrumentos de avaliação e os objetivos definidos no plano da atividade do Faz Por Ti, elaboraram-se os objetivos descritos abaixo.

Tabela 19 - Objetivos elaborados para o "Faz Por Ti".

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<i>Competências Sociais e Emocionais (Grupo I)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Promover competências sociais e relações interpessoais saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar e perceber as componentes da comunicação não verbal (postura, gestos, contacto visual, expressão facial, aparência e distância interpessoal) Promover a expressão de emoções e pensamentos através da comunicação não verbal Fomentar a adequação entre a comunicação verbal e não verbal Incrementar a expressão verbal dos seus sentimentos Incrementar a compreensão dos sentimentos dos outros através de sinais verbais e não-verbais

		<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar e perceber os comportamentos assertivo, passivo e agressivo, ao nível verbal e não verbal • Melhorar o comportamento assertivo em diferentes situações: saber e defender os seus valores, lidar com a provocação, escuta ativa e adequar a comunicação verbal e não verbal ao contexto
<i>Competências Sociais e Emocionais (Grupo II)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover competências sociais e relações interpessoais saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar a adequação entre a comunicação verbal e não verbal • Incrementar a expressão verbal dos seus sentimentos • Incrementar a compreensão dos sentimentos dos outros através de sinais verbais e não-verbais • Diferenciar e perceber os comportamentos assertivo, passivo e agressivo, ao nível verbal e não verbal • Melhorar o comportamento assertivo em situações do dia-a-dia: defender os seus valores, lidar com problemas, lidar com o stress, expressar a sua opinião, escuta ativa, comunicação interpessoal e adequar a comunicação verbal e não verbal ao contexto

A sessão-tipo teve os seguintes momentos:

- 1) Diálogo inicial (10 minutos): recordou-se a sessão anterior e introduziu--se o tema;
- 2) Atividades principais (30-40 minutos): promoveram-se as competências sociais estipuladas nos objetivos;
- 3) Diálogo final (10 minutos): recordaram-se as atividades realizadas na sessão e refletiu-se os seus objetivos e a sua importância no dia-a-dia.

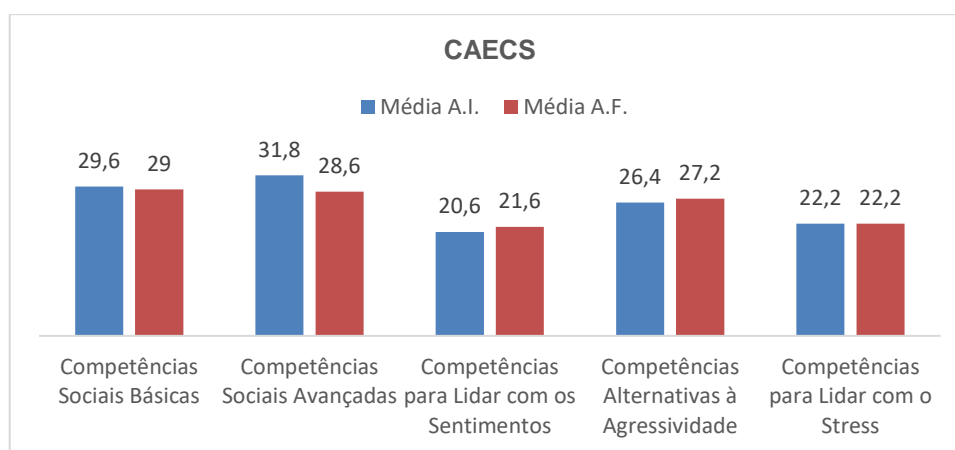
As atividades principais consistiram na realização de dinâmicas em grupo ou a pares após as quais se refletia o tema da sessão. Recorreu-se à visualização de vídeos, *role-play*, mímica, análise de situações que poderão ocorrer no dia-a-dia, preenchimento e discussão de fichas e atividades com material construído pela estagiária (e.g. quadro de assertividade/agressividade/passividade). O FAS já tinha estipulado que para o Grupo I se incidia na alternância entre os temas Comunicação Não verbal e Assertividade enquanto que para o Grupo III se alternavam os temas entre Comunicação Não verbal, Assertividade e Resolução de Problemas. Assim, a estagiária planeou as atividades de acordo este sistema.

○ Apresentação e Discussão de Resultados da Intervenção

De seguida apresentam-se os resultados da avaliação final de ambos os grupos, relativos aos instrumentos CAECS, ECCRI e TA, com respetiva análise e comparação com os resultados da avaliação inicial. Deste modo irá perceber-se quais os efeitos que a intervenção teve nas competências avaliadas.

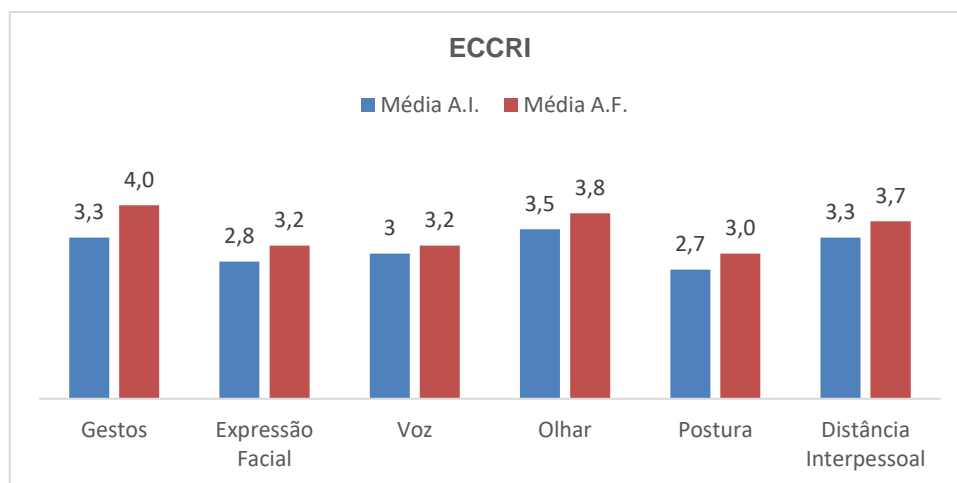
Grupo 1 (Grupo com mais limitações)

Figura 25 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento CAECS, relativos ao grupo 1 do "Faz Por Ti" no FAS.



Segundo o gráfico da figura 26, as “Competências para Lidar com os Sentimentos” e as “Competências Alternativas à Agressividade” tiveram melhorias, pelo que a média de cotação entre a avaliação inicial e final aumentou. Contrariamente, as “Competências Sociais Básicas” e as “Competências Sociais Avançadas” tiveram uma descida na média de cotação, a primeira não expressiva e a última expressiva. Tal como na “Psicomotricidade” do FSO, esta descida poderá relacionar-se com o facto de existir uma maior consciência por parte de alguns indivíduos das suas competências reais durante a intervenção. Este facto também é corroborado por na avaliação inicial estas competências serem mais elevadas neste grupo do que no grupo II, revelando este último em situações de dia-a-dia mais capacidades sociais. A média de cotação das “Competências para Lidar com o Stress” não sofreu alterações entre a avaliação inicial e final, não sendo objetivo da intervenção para este grupo.

Figura 26 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento ECCRI, relativos ao grupo 1 do "Faz Por Ti" no FAS.



Relativamente à ECCRI, observou-se que a média das cotações de todos os itens aumentou após a intervenção, sendo a subida mais acentuada a dos Gestos, sendo a diferença entre as avaliações de 0.7. Assim, antes consideradas áreas intermédias, na avaliação final perceber os outros pelos Gestos, Olhar e Distância Interpessoal consideraram-se áreas fortes, estando no intervalo de cotação entre os 3.51 e os 5. Na intervenção de Rus-Calafell, Gutiérrez-Madonado, Ortega-Bravo, Ribas-Sabaté e Caqueo-Urizar (2013), com o programa de TCS também se obtiveram melhorias na comunicação interpessoal, corroborando estes resultados.

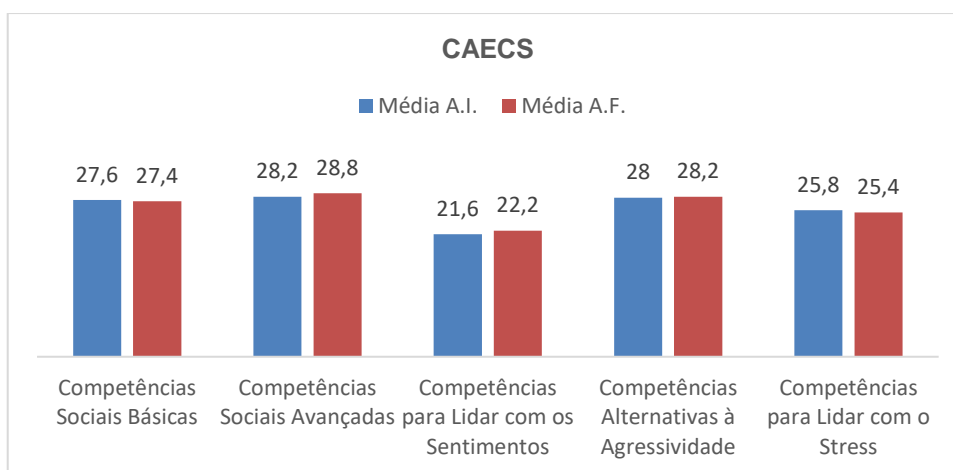
De uma forma geral, o foco da intervenção neste grupo foi principalmente a comunicação não verbal e a expressão e compreensão de sentimentos, evidenciando-se melhorias nestes domínios.

Relativamente ao TA, os indivíduos que foram avaliados inicialmente manifestaram comportamentos assertivos em todos os itens, à exceção do J.P. que manteve o comportamento agressivo somente no item 1. O F. e a C. já estavam presentes na avaliação final, tendo manifestado comportamentos assertivos. O A.C. apenas esteve presente para os itens 3, 7 e 9, manifestando igualmente ser assertivo. Ao longo da intervenção, através do *rolle-play*, percebeu-se que a A.P., o J.P. e a H. demonstraram comportamentos assertivos e por vezes agressivos (nos aspetos verbais), a C. sempre manifestou comportamentos assertivos e o F. e o A.C. por vezes manifestaram ser passivos (tanto verbalmente como não verbalmente). A nível do contacto visual, percebeu-se que o A.C, o F e o J.P. tiveram dificuldade em mantê-lo nas representações. Assim, neste grupo o trabalho foi mais no sentido de representar situações de forma assertiva e

não de forma espontânea, de modo a enfatizar as características deste tipo de comportamento. Deste modo, verificou-se que no final da intervenção os indivíduos demonstraram utilizar mais a componente não verbal para serem assertivos (utilizar gestos, manter contacto visual, postura direcionada para o outro), no entanto, ainda existiram situações onde foi necessário reajustar. Também existiu um tom de voz mais ajustado por parte do J.P., H. e A.P. Observou-se mais dificuldade por parte do A.C. e do F, na medida em que a sua postura nas representações foi predominantemente passiva.

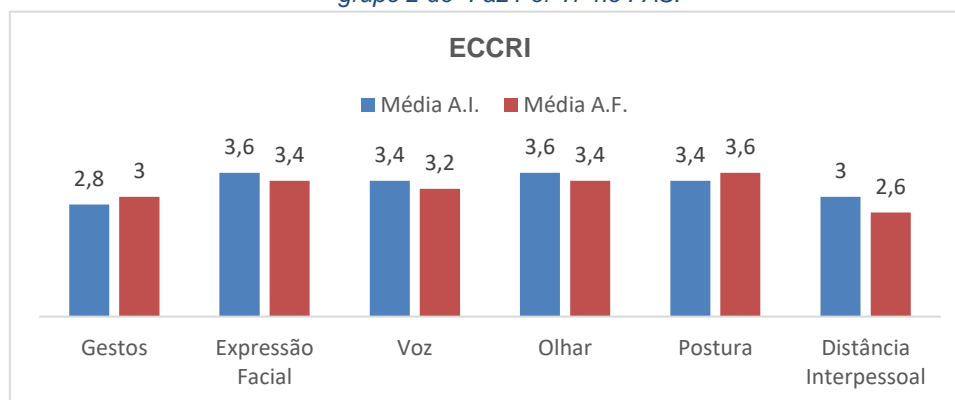
Grupo 2 (Grupo com menos limitações)

Figura 27 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento CAECS, relativos ao grupo 2 do "Faz Por Ti" no FAS.



No que diz respeito ao grupo com menos limitações, a média de cotações dos itens da CAECS aumentou na avaliação final nas “Competências Sociais Avançadas”, “Competências para Lidar com os Sentimentos” e “Competências Alternativas à Agressividade”. Contrariamente, as “Competências Sociais Básicas” e as “Competências para Lidar com o Stress” tiveram uma descida na sua média de cotação.

Figura 28 - Comparação dos resultados entre a avaliação inicial e final do instrumento ECCRI, relativos ao grupo 2 do "Faz Por Ti" no FAS.



Relativamente à média de cotações dos itens da ECCRI (figura 28) para este grupo, apenas os Gestos e a Postura tiveram melhorias. As restantes médias tiveram descidas após a intervenção, sendo a mais acentuada a do item relativo à Distância Interpessoal. Assim, na avaliação final considerou-se que perceber os outros pela Postura é uma área forte (intervalo entre os 3.51 e 5) e as restantes competências áreas intermédias (intervalo entre os 2.51 e os 3.5).

Concluiu-se que os objetivos relacionados com a assertividade e com os sentimentos foram cumpridos, já que se observaram melhorias nas “Competências para Lidar com os Sentimentos” e “Competências Alternativas à Agressividade”, que se relacionam com a assertividade. Relativamente aos objetivos relacionados com a comunicação não verbal, apesar de não ter sido objetivo para este grupo trabalhar a comunicação não verbal, não era esperado que existissem descidas nos itens de perceber os outros pela Expressão Facial, o Olhar e a Distância Interpessoal, já que estas competências foram trabalhadas em *role-play*. No entanto, há que realçar que um dos elementos, que na avaliação inicial preencheu em casa o instrumento, na avaliação final preencheu na sala com os colegas, evidenciando grande ansiedade pelo que as suas respostas são mais negativas na avaliação final do que na inicial, influenciando os resultados.

No TA (ver resultados em anexo na pasta “7. Outputs de Avaliação no Excel FAS”) na avaliação final, a maior parte das respostas foram assertivas, tendo o M.S. apenas uma resposta agressiva no item 1 e o P.B. um comportamento passivo no mesmo item. Através dos *rolle-play* verificou-se que o grupo teve melhorias no sentido de procurar ter um comportamento assertivo nas representações, tanto a nível verbal (pensar no que dizem e no tom de voz) como não verbal (ajustar a postura, ter um contacto visual apropriado e ter em conta a distância consoante o contexto). Além disso, ao longo das sessões os próprios observadores corrigiam os colegas sem que a estagiária pedisse, demonstrando estarem atentos aos sinais verbais e não-verbais.

- **Dificuldades e Limitações**

Como forma de aprendizagem para futuras intervenções, existiram alguns desafios ao longo do processo de intervenção relevantes de mencionar.

Em primeiro lugar, por ter sido a primeira vez que a estagiária contactou com adultos com Esquizofrenia e outras perturbações, ao início desconhecia qual a melhor forma de lidar e estabelecer uma relação terapêutica com os indivíduos. Este caminho foi descoberto através de leitura, observação e convívio no dia-a-dia das Unidades Sócio Ocupacionais,

bem como através da partilha de experiências por parte dos orientadores locais e de alguns elementos da equipa técnica.

O facto de as sessões não serem obrigatórias influenciou a participação contínua dos indivíduos nas sessões, e por sua vez a escolha de uma amostra que tenha realizado todas as sessões do início ao fim da intervenção e que seja representativa. Assim, ao longo da intervenção existiram indivíduos que faltaram a algumas sessões, desistiram da atividade, saíram da Unidade Sócio Ocupacional ou entraram na mesma após a avaliação inicial. O facto de muitos dos clientes terem consultas periódicas também fez com que tivessem que faltar às sessões.

Para além da falta de motivação por parte de alguns indivíduos para ir às Unidades Sócio Ocupacionais, cada um tem o seu Projeto de Vida e por isso a escolha das atividades a participar depende dos seus objetivos e interesses, fazendo com que alguns indivíduos não estejam presentes nas instalações a todo o momento. Este facto influenciou o processo de avaliação no caso dos instrumentos de autoavaliação, fazendo com que fosse mais demorado no FAS e com que alguns indivíduos não estivessem presentes para preencher o *Questionário de Avaliação de Psicomotricidade* no FSO, por ser uma altura próxima do horário de atividades de Verão na qual alguns clientes começam a faltar.

A falta de motivação, as dificuldades cognitivas e a própria sintomatologia associadas à perturbação, e comorbilidades em alguns casos, poderão ter influenciado as respostas na avaliação inicial e final, verificando-se em alguns indivíduos discrepâncias entre estes dois momentos de avaliação, podendo ter afetado a sua validade.

Relativamente aos instrumentos de avaliação, a GOC revelou-se muito extensa, mesmo após a estagiária ter realizado as alterações necessárias. Assim, tornou-se exaustiva tanto no seu preenchimento como na análise dos resultados e respetiva leitura. Futuramente, poderá realizar-se uma adaptação por forma a ser um instrumento de fácil preenchimento e análise, beneficiando a utilização por parte de profissionais.

Por último, a atividade “Faz Por Ti” foi um desafio por ser diferente de sessões de Psicomotricidade em contexto de ginásio, tendo a estagiária que realizar mais pesquisa acerca de Treino de Competências Sociais e de atividades que poderiam ser utilizadas neste tipo de intervenção. Assim, o Psicomotricista Nelson Amaral, técnico responsável por esta atividade, teve um papel ativo nas sessões e auxiliou a estagiária no seu percurso com partilha de conhecimentos.

3. Atividades Complementares

Durante o estágio para além das atividades supramencionadas, também existiram atividades e eventos complementares, tais como:

- Participação no I Seminário Formativo de 2º Ciclo de Reabilitação Psicomotora: Como forma partilha de aprendizagens relativas ao Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais e ao Ramo de Atividade de Investigação por parte dos alunos do 2º Ciclo do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, foi organizado um seminário. Assim, a estagiária apresentou o trabalho que tinha realizado até à data durante o período de estágio, aos docentes e alunos que estavam presentes, e esteve presente nas apresentações dos restantes alunos.

- Participação no workshop “Expressão Corporal e Criatividade para população com NEE” através da AHEAD: Apesar de ser para pessoas com Necessidades Educativas Especiais, a estagiária achou pertinente a sua participação, tanto para incrementar o seu conhecimento de atividades neste âmbito, já que se revelou uma dificuldade nos indivíduos que participaram na atividade de “Psicomotricidade” no FSO e FAS, como para estimular a sua própria expressão corporal num contexto onde desconhecia as pessoas.

- Realização das sessões de “Relaxamento” no FAS: A partir de um determinado momento do estágio, o Psicomotricista Nelson Amaral achou pertinente para a formação da estagiária realizar as sessões de “Relaxamento”. Estas consistiram numa adaptação da relaxação muscular progressiva de Jacobson, realizada por uma técnica do FAS, sendo uma vez por semana com duração aproximada de duas horas. Antes de cada sessão começar, os clientes já sabiam que tinham que buscar os colchões (caso se sentissem à vontade para se deitar), almofadas e dispor-se na sala de forma confortável. No início de cada sessão, a estagiária questionou acerca da disposição dos clientes para perceber se existiam queixas a ter em conta. Seguidamente, preparou o ambiente da sala com o fecho dos estores das janelas, apagar as luzes e a colocação de uma música calma que os clientes gostassem. Após um tempo de adaptação ao ambiente calmo, iniciaram-se técnicas de respiração, a etapa de Relaxação Global do método (sendo a adaptação feita aqui) e um momento de consciencialização do corpo. No fim da sessão, questionou-se a cada cliente o que foi sentido com a verbalização de uma palavra que o descrevesse. A estagiária realizou as sessões autonomamente, com a presença do Psicomotricista Nelson Amaral durante as mesmas;

- Reuniões de grupo no FSO: Momento em que a equipa técnica, os clientes e a estagiária se reuniram para falar acerca do horário semanal, eventos futuros, sugestões, registar presenças das atividades exteriores da semana anterior e outras questões pertinentes, realizando-se uma vez por semana durante uma hora;
- Participação na atividade “Yoga” no FSO: A estagiária participou com os clientes nas sessões de Yoga, realizadas por uma técnica voluntária com formação na área, consistindo na realização de técnicas de respiração e posturas corporais para promover a ligação mente-corpo e o alongamento e fortalecimento muscular. Realizou-se uma vez por semana durante uma hora. Quando a técnica faltou, a estagiária substituiu-a realizando sessões de relaxação. Esta atividade demonstrou-se importante para a estagiária, a nível pessoal, no sentido de ter incrementado a consciência do seu corpo através do sentido cinestésico bem como a sua escuta interior. Também permitiu aprender técnicas que poderão ser benéficas para a sua formação. A nível do estágio, a realização desta atividade com os clientes permitiu aumentar a empatia e relação terapêutica com os mesmos e observar comportamentos que noutro contexto não seriam observáveis;
- Participação na atividade “Remediação Cognitiva” no FSO: A estagiária por vezes participou nesta atividade apenas como observadora, sendo em grupo e consistindo na realização de exercícios cognitivos por parte dos indivíduos que eram apresentados no PowerPoint, uma vez por semana e durante uma hora;
- Observação de atividades no FSO: “Atelier de Artes”, “Economia Doméstica”, “A Nossa Escolha”, “Biodança”, “Educação Sexual e Saúde Mental”, “Inglês”, “Desenvolvimento Pessoal”, “Psicoestimulação” e “Atividades de Vida Diária”;
- Observação de atividades no FAS: “Debate de Grupo”, “A Nossa Escolha”, “Quizz”, “Remediação Cognitiva” e “FAS Maravilhas”;
- Participação em eventos com o FSO: Exposição “Fotograficamente”, ida ao circo, almoço de Natal, exposição “Real Bodies”, atividade do Dia Mundial da Atividade Física no Rossio, treinos de futebol, Caminhada do Coração;
- Participação em eventos com o FAS: como festa de Halloween, visita ao Museu da TAP, atividades realizadas na Gulbenkian, festa de Natal da ARIA, visualização da “Monstrinha” e torneio de futebol da ARIA.

4. Conclusão

A realização do estágio profissionalizante na ARIA permitiu que se desenvolvessem competências tanto a nível profissional como a nível pessoal.

A nível profissional, enquanto Psicomotricista, foi possível incrementar a capacidade de utilização de instrumentos de avaliação de acordo com a população a intervir, planejar sessões, investigando atividades e adaptando as mesmas de acordo com características dos indivíduos bem como idealizando atividades novas, criar materiais para a intervenção e ser capaz de observar sinais que o corpo do indivíduo expressa nas sessões, aspeto importante em Saúde Mental.

Além disso, a estagiária verificou que ser Psicomotricista não se restringe apenas às sessões de Psicomotricidade e ao seu planeamento, mas também ao trabalho em equipa com outros profissionais de outras áreas, que comunicam entre si, possibilitando uma visão integral da intervenção e a cooperação através da versatilidade nas funções dos mesmos. Além disso, enquanto profissional numa instituição, como a ARIA, o Psicomotricista está envolvido em todas as ações que permitem o funcionamento da mesma, ainda que não aprendidas na sua formação (e.g. auxílio nos almoços, procura de parcerias, etc.).

A nível pessoal, a estagiária refletiu acerca de aspetos humanos associados à discriminação de indivíduos com Esquizofrenia, enfatizando a visão holística do indivíduo não apenas na exercício da profissão, mas também na sua vida. Durante todo o período de estágio não foi apenas a estagiária que possibilitou aprendizagens aos clientes, mas os clientes também ensinaram que a Perturbação Mental não impede o facto destes indivíduos quererem e merecerem ter valor na sociedade.

Relativamente à intervenção psicomotora no FSO e no FAS, concluiu-se com os resultados obtidos na atividade “Psicomotricidade” que esta intervenção pode contribuir não só a nível dos fatores psicomotores mas também a nível de determinadas competências sociais e emocionais. De facto, observou-se ao longo da intervenção que o ambiente criado nesta atividade permitiu que determinados comportamentos dos indivíduos fossem mais adequados e regulados. Além disso, percebeu-se que a reflexão final, principalmente no FSO, foi um elemento chave para a partilha de determinados sentimentos, emoções e pensamentos que não são partilhados noutros contextos, e são importantes de serem refletidos com esta população. As atividades de expressão corporal foram uma novidade na “Psicomotricidade” do FAS, que para além de terem tido importância nos resultados foram bem-recebidas pelo grupo. Assim, uma intervenção psicomotora com estas duas

valências – orientação para a ação ou para a experiência – é importante para indivíduos com Esquizofrenia, sugerindo-se que seja realizada em ambas as Unidades Sócio Ocupacionais.

A “Adaptação ao Meio Aquático” foi, na opinião pessoal da estagiária, uma atividade de grande importância para o grupo no sentido de possibilitar resultados positivos a nível relacional e social, que são dificuldades mais evidentes em indivíduos com Esquizofrenia. Além disso, as Competências Motoras Básicas Aquáticas também tiveram melhorias bastante positivas, concluindo-se ser uma atividade que fez sentido para os clientes.

Relativamente ao Acompanhamento Individual, o facto de ser Psicomotricista contribuiu para ajudar a F.S. a saber utilizar o seu corpo e a conhecê-lo bem como a reconhecer as suas capacidades e qualidades, o que possibilitou melhorias na sua autoestima. Além disso, a discussão de temas do dia-a-dia da F.S. teve um impacto fora do contexto de intervenção.

O “Faz Por Ti”, treino de competências sociais, é uma atividade cuja metodologia é bastante utilizada em indivíduos com Esquizofrenia, segundo a pesquisa realizada. No entanto, observou-se que por vezes os clientes estavam aborrecidos no sentido de ser uma atividade já realizada há alguns anos. Assim, a sugestão de uma intervenção psicomotora em contexto de ginásio para promover competências sociais e emocionais poderá ser uma solução no FAS.

Relativamente à avaliação, concluiu-se que em Saúde Mental a observação do comportamento dos indivíduos é importante para uma avaliação informal, por vezes mais importante que uma avaliação formal com base em instrumentos de autoavaliação. Isto porque indivíduos com perturbação mental podem apresentar resultados discrepantes na sua autoavaliação relacionados com o seu estado de espírito (instabilidade emocional, ansiedade, desmotivação) ou sintomatologia (alucinações, delírios, etc.). Havendo por vezes um grupo heterogéneo, é importante que o profissional saiba comparar a avaliação formal com a informal, e perceber o seu equilíbrio.

Percebeu-se, portanto, que a intervenção psicomotora tem benefícios em indivíduos com Esquizofrenia, salientando-se a presença de alguns elementos fundamentais, tais como:

- Ter uma avaliação informal (observar o que o corpo diz, que comportamentos são usuais no indivíduo) e formal (tanto a nível de fatores psicomotores como de comportamento social e emocional). Nesta avaliação, ter em conta se os indivíduos têm capacidade de preencher

um instrumento. Além disso, para que a avaliação seja mais abrangente, é importante considerar também a avaliação por parte de outro técnico, de modo a existir uma comparação;

- Ter sessões que não sejam orientadas somente para a ação (fatores psicomotores e atividade física) ou para a experiência (reflexões, partilha de opiniões) mas sim onde estas vertentes se complementem (no entanto não se exclui a necessidade de existirem sessões onde se trabalhe mais numa vertente);

- O Psicomotricista estabelecer uma relação de confiança, empatia e ser capaz de refletir em conjunto com os indivíduos sentimentos, emoções e pensamentos. A relação terapêutica não é estabelecida apenas nas sessões realizadas, mas em todos os contextos (e.g. conversas nos corredores, hora de almoço, visitas a locais exteriores), tendo de o Psicomotricista saber estabelecer os limites.

IV. Referências Bibliográficas

Albarret, J.M, Corraze, J., Soppelsa, R. & Ledoux Golly, V. (2012). *Psychiatrie et Psychomotricité. Les Entretiens de Bichat*, 7-12. Retirado em 2 de Setembro de 2016 de: <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Albareet2012-2.pdf>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5ª Edição. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arágon, M. (2006). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas*. Retirado de www.appsicomotricidade.pt

Boscaini, F. (2003). O Desenvolvimento Psico-Corporal e o Papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.

Boscaini, F. (2004). Especificidade da Semiologia Psicomotora para um Diagnóstico Adequado. *A Psicomotricidade*, 1(3), 53-65.

Bueno, J. (2013). *Psicomotricidade: Teoria e Prática: Da Escola à Aquática* (Versão Electrónica). Retirado de <https://books.google.pt/books?id=1FCaBQAAQBAJ&pg=PT446&lpg=PT446&dq=rela%C3%A7%C3%A3o+psicomotricista+com+o++grupo&source=bl&ots=IXUHR2Mkte&sig=JPrHv8LemmmRyLwqlCT8w4bpr9U&hl=pt->

[PT&sa=X&ved=0ahUKEwjoe7G96fPRAhVJvRoKHxO7DhYQ6AEINzAF#v=onepage&q=rela%C3%A7%C3%A3o%20psicomotricista%20com%20o%20%20grupo&f=false](#)

Chan, R., Xu, T., Heinrichs, R.W., Yu, Y. & Wang, Y. (2010). Neurological Soft Signs in Schizophrenia: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), 1089-1104. doi:10.1093/schbul/sbp011

Chen, W.-C., Chu, H., Lu, R.-B., Chou, Y.-H., Chen, C.-H., Chang, Y.-C., ... & Chou, K.-R. (2009). Efficacy of Progressive Muscle Relaxation Training in Reducing Anxiety in Patients with Acute Schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2187–2196. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02773.x

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*.

Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional*, Lisboa: Trilhos Editora.

Decreto-Lei nº 22/2011 de 10 de Fevereiro de 2011 do Ministério da Saúde. Diário da República: 1ª série, Nº 29 (2011). Retirado em 5 de Novembro de 2015 de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei_22_2011.pdf

European Forum of Psychomotricity (2012). *Psychomotrician Professional Competences in Europe*. Retirado de http://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf

Fonseca, V. & Martins, R. (Eds.). (2001). *Progressos em Psicomotricidade*, Lisboa: Edições FMH.

Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade: Uma Abordagem Multidisciplinar. *A Psicomotricidade*, 1(3), 18-31.

Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora – Significação Psiconeurológica Dos Seus Fatores (3ª Edição)*, Lisboa: Âncora Editora.

Goff, D., Hill, M. & Barch, D. (2011). The Treatment of Cognitive Impairment in Schizophrenia. *Pharmacol Biochem Behav*, 99(2), 245-253. doi:10.1016/j.pbb.2010.11.009

Haan, S. & Fuchs, T. (2010). The Ghost in the Machine: Disembodiment in Schizophrenia – Two Case Studies, *Psychopathology*, 43(5), 327-333. doi:10.1159/000319402

Kalin, M., Kaplan, S., Gould, F., Pinkham, A. Penn, D. & Harvey, P. (2015). Social Cognition, Social Competence, Negative Symptoms and Social Outcomes: Inter-relationships in People with Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 254-260. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.07.008

Kalin, M., Kaplan, S., Gould, F., Pinkham, A., Penn, D. & Harvey, P. D. (2015). Social Cognition, Social Competence, Negative Symptoms and Social Outcomes: Inter-Relationships In People With Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 254–260. doi:<http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.008>

Kar, S. K. & Jain, M. (2016). Current Understandings About Cognition and The Neurobiological Correlates in Schizophrenia. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 7(3), 412–418. doi:<http://doi.org/10.4103/0976-3147.176185>

Kent, J. S., Hong, S. L., Bolbecker, A. R., Klaunig, M. J., Forsyth, J. K., O'Donnell, B. F. & Hetrick, W. P. (2012). Motor Deficits in Schizophrenia Quantified by Nonlinear Analysis of Postural Sway. *PLoS ONE*, 7(8), e41808. doi:<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0041808>

Lee, H.J., Jang, S.H., Lee, S.Y. & Hwang, K.S. (2015). Effectiveness of Dance/Movement Therapy on Affect and Psychotic Symptoms in Patients with Schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 64-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2015.07.003>

Lieberman, R. & Martin, T. (2002). *Social Skills Training*. Retirado em 19 de Abril de 2016 de: http://www.bhrm.org/media/pdf/guidelines/Lieberman_social_skills_training.pdf

Linke, M. & Jarema, M. (2014). Cognitive Rehabilitation for People Living with Schizophrenia – The Newest Interventions. *Psychiatria Polska*, 48(6), 1179-1188. doi: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/21931>

Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais – Uma Estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 41-47. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a07.pdf>

Martins, R. (2001). Questões Sobre a Identidade da Psicomotricidade. In Fonseca, V. & Martins, R. (Ed.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.

Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Psilogos*, 1(1), 85-95. Retirado de http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N1/Indice1_ficheiros/Maximiano.pdf

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Retirado

em 5 de Novembro de 2015 de
<http://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

Morrens, M., Hulstijn, W. & Sabbe, B. (2006). Psychomotor Slowing in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 1038–1053. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl051>

Mosiółek, A., Gierus, J., Koweszko, T. & Szulc, A. (2016). Cognitive Impairment in Schizophrenia Across Age Groups: A Case–Control Study. *BMC Psychiatry*, 16, 37. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-0749-1>

[National Institute of Mental Health. \(2015\). Schizophrenia \(NIH Publication No. 15-3517\).](#)
Retirado em 30 de Setembro de 2016 de
<https://infocenter.nimh.nih.gov/nimh/product/Schizophrenia/NIH+15-3517>

Oliveira, S. & Filipe, C. (2009). *Guia de Recursos de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental*. Retirado em 3 de Novembro de 2015 de:
<http://www.adeb.pt/files/upload/guias/guia-de-recursos-reabilitacao-psicossocial.pdf>

OMS (2002). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Retirado em 5 de Novembro de 2015 de:
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

OMS (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence and Practice - Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Retirado em 30 de Setembro de 2016 de:
http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

OMS (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Retirado em 6 de Outubro de 2016 de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

Mello, A. (1989). *Psicomotricidade, Educação e Jogos Infantis* (Versão Electrónica). Retirado de
<https://books.google.pt/books?id=Y7y8RHiv75IC&pg=PA34&lpg=PA34&dq=rela%C3%A7%C3%A3o+terap%C3%AAutica+em+psicomotricidade&source=bl&ots=8mJOFl3vjh&sig=YUYWhIRRCaFkm7Jx2i1vHRPJDBM&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiYq7bS9vPRAhUGORoKHVgADg0Q6AEIPjAE#v=onepage&q=rela%C3%A7%C3%A3o%20terap%C3%AAutica%20em%20psicomotricidade&f=false>

Penn, D., Sanna, L. & Roberts, D. (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An Overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 408-411. doi:10.1093/schbul/sbn014

Pitteri, F. (2004). O Exame Psicomotor. *A Psicomotricidade*, 1(3), 47-52.

Probst, M., Herdt, A. & Vancampfort, D. (2012). The Development of Psychomotor Therapy for Patients with Schizophrenia in Flanders (Belgium). In M. Adámková Ségard & B. Hatlová (Eds.), *Psychomotor Therapy in the Treatment of Schizophrenia* (pp. 51-60). Retirado em 19 de Abril de 2016 de: https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/453548/1/SKMBT_60114041409000.pdf

Probst, M., Knapen, J., Poot, G. & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113. doi: 10.2174/1876391X010020010105

Ramona, S. (2015). The Relationship Between Social Cognition and Functional Outcomes in Schizophrenia. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 187(2015), 256-260. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.03.048

Röhricht, F., Papadopoulos, N., Holden, S. Clarke, T. & Priebe, S. (2011). Therapeutic Processes and Clinical Outcomes of Bodi Psychotherapy in Chronic Schizophrenia – An Open Clinical Trial. *The Arts on Psychotherapy*, 38, 196-203. doi: 10.1016/j.aip.2011.06.001

Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Madonado, J., Ortega-Bravo, M., Ribas-Sabaté, J. & Caqueo-Úrizar, A. (2013). A Brief Cognitive-Behavioural Social Skills Training for Stabilised Outpatients with Schizophrenia: A Preliminary Study. *Schizophrenia Research*, 143, 327-336. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.014>

Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ribas-Sabaté, J. & Lemos-Giráldez, S. (2014). Social Skills Training for People with Schizophrenia: What Do We Train?. *Psicología Conductual*, 22(3), 461-477. Retirado em 13 de Setembro de 2016 de: <http://www.p3-info.es/PDF/Social-skills-training-for-people-with-schizophrenia.pdf>

Sarmiento, P. (2001). *A Experiência Motora no Meio Aquático*. Algés: Omniserviços

Sítio Saúde Mental (2016). Perturbação Mental. Retirado de <http://www.saudemental.pt/perturbacao-mental/4589890629>

Sbicigo, J., Bandeira, D. & Dell’Aglío, D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): Validade Fatorial e Consistência Interna. *Psico-USF*, 15(3), 395-403. Retirado em 5 de Dezembro de 2016 de: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a12.pdf>

Simões, C, Matos, M., Tomé, G., Ferreira, M., Diniz, J., & Equipa do Projeto Aventura Social. (2009). Ultrapassar Adversidades e Vences Desafios: Manual de Promoção de Resiliência na Adolescência. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde

Stanghellini, G. (2009). Embodiment and Schizophrenia. *World Psychiatry*, 8(1), 56-59. Retirado em 5 de Dezembro de 2016 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652898/>

Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M. & Hert, M. (2011). Activité Physique et Schizophrénie: Preuves Scientifiques et Directives Concrètes. *Neurone*, 16(7), 1-5. Retirado em 2 de Setembro de 2016 de: https://www.researchgate.net/publication/231041825_Activite_physique_et_schizophrénie_Preuves_scientifiques_et_directives_concrètes

World Federation of Mental Health (2008). *Learning About Schizophrenia, an International Mental Health Awareness Packet from the World Federation for Mental Health*. Springfield: WFMH

Wykes, T. & Spaulding, W. (2011). Thinking About the Future Cognitive Remediation Therapy —What Works and Could We Do Better?. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), S80-S90. doi: 10.1093/schbul/sbr064

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. & Czobor, C. (2011). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *The American Journal of Psychiatry*, 168, 472-485. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855

V. Anexos

Os anexos estão disponíveis em formato digital, organizados em pastas.

1. Avaliação da atividade “Psicomotricidade” no FSO

Os instrumentos de avaliação utilizados para a avaliação inicial e final da atividade encontram-se em suporte digital na pasta “1. Avaliação Psicomotricidade FSO”.

- (1) Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, 1980 adaptado por Dinis & Mateus, 2007);
- (2) Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal (Matos, Simões, Carvalhosa & Reis, 1999 adaptado por Antunes & Felisberto, 2005);
- (3) Inventário de Resolução de Problemas Sociais (Dugas, Ladousseur & Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa & Reis 1999);
- (4) *Symptom Checklist 90 – Revised* (Derogatis, 1977, traduzida e aferida para a população portuguesa por Baptista, 1993);
- (5) Ficha de Avaliação das Atividades
- (6) Questionário de Avaliação de Psicomotricidade;
- (7) Ficha de Reflexão de Psicomotricidade.

2. Avaliação da atividade “Adaptação ao Meio Aquático” no FSO

Os instrumentos de avaliação utilizados para a avaliação inicial e final da atividade encontram-se em suporte digital na pasta “2. Avaliação Adaptação ao Meio Aquático FSO”.

- (1) Checklist de Observação do Comportamento em Meio Aquático.

3. Avaliação do Acompanhamento Individual no FSO

Os instrumentos de avaliação utilizados para a avaliação inicial e final do acompanhamento com a F.S. encontram-se em suporte digital na pasta “3. Avaliação Acompanhamento Individual FSO”. Também se disponibiliza a autorização de recolha de informações assinada pela F.S.

- (1) Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptado por Santos e Maia (1999);
- (2) *World Health Organization Quality of Life - Bref* na Versão Portuguesa de Portugal de Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes (2006);
- (3) Anamnese;

- (4) Questionário de Avaliação do Acompanhamento;
- (5) Autorização de Recolha de Informações Pessoais.

4. Avaliação da atividade “Psicomotricidade” no FAS

O instrumento de avaliação utilizado para a avaliação inicial e final da atividade encontra-se em suporte digital na pasta “4. Avaliação Psicomotricidade FAS”.

- (1) Grelha de Observação do Comportamento (Frazão, Malheiro, Moreira, Martins e Simões, 2015);
- (2) Grelha de Observação do Comportamento com alterações efetuadas pela estagiária.

5. Avaliação da atividade “Faz Por Ti” no FAS

Os instrumentos de avaliação utilizados para a avaliação inicial e final da atividade encontram-se em suporte digital na pasta “5. Avaliação Faz Por Ti FAS”.

- (1) Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, 1980 adaptado por Dinis & Mateus, 2007);
- (2) Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal (Matos, Simões, Carvalhosa & Reis, 1999 adaptado por Antunes & Felisberto, 2005);
- (3) Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Felisberto e Antunes, 2005).

6. Outputs de Avaliação no Excel do FSO

Os outputs de avaliação no Excel do FSO encontram-se em suporte digital na pasta “6. Outputs de Avaliação no Excel FSO”.

- (1) Resultados Psicomotricidade;
- (2) Resultados Adaptação ao Meio Aquático;
- (3) Resultados Acompanhamento Individual.

7. Outputs de Avaliação no Excel do FAS

Os outputs de avaliação no Excel do FAS encontram-se em suporte digital na pasta “7. Outputs de Avaliação no Excel FAS”.

- (1) Resultados Psicomotricidade e Faz Por Ti.

8. Planeamento de Sessões da atividade “Psicomotricidade” no FSO

As sessões, observações e material utilizado na atividade de “Psicomotricidade” do FSO estão disponíveis em suporte digital na pasta “8. Sessões Psicomotricidade FSO”.

9. Planeamento de Sessões da Atividade “Adaptação ao Meio Aquático” no FSO

As sessões e observações da atividade de “Adaptação ao Meio Aquático” do FSO estão disponíveis em suporte digital na pasta “9. Sessões Adaptação ao Meio Aquático FSO”.

10. Planeamento de Sessões do Acompanhamento Individual no FSO

As sessões, observações e PowerPoint elaborados no Acompanhamento Individual com a F.S do FSO estão disponíveis em suporte digital na pasta “10. Sessões Acompanhamento Individual FSO”.

11. Planeamento de Sessões de “Psicomotricidade” no FAS

As sessões, observações e material utilizado na Psicomotricidade do FAS estão disponíveis em suporte digital na pasta “11. Sessões Psicomotricidade FAS”.

12. Planeamento de Sessões da Atividade “Faz Por Ti” no FAS

As sessões, observações e material utilizado no “Faz Por Ti” do FAS estão disponíveis em suporte digital na pasta “12. Sessões Faz Por Ti FAS”.